

THÈSE

326

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ROUHER Joseph-Jean-François

Né à Artonne (Puy-de-Dôme) le 25 Juin 1904

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Un Procédé Opératoire de l'Ectropion Sénile (Abaissement du faisceau palpébral de l'Orbiculaire de la Paupière Inférieure)

Président : M. F. TERRIEN

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Paris

Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Chez Victor DEGRANGE

28, rue Serpente

(Hôtel des Sociétés Savantes)

PARIS (6°)

1937

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ROUHER Joseph-Jean-François

Né à Artonne (Puy-de-Dôme) le 25 Juin 1904

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Un Procédé Opératoire
de
l'Ectropion Sénile
(Abaissement du faisceau palpébral
de l'Orbiculaire de la Paupière Inférieure)

Président : M. F. TERRIEN

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Paris

Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Chez Victor DEGRANGE

28, rue Serpente

(Hôtel des Sociétés Savantes)

PARIS (6°)

1937



Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies de système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Et.)	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL .	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle. J.)	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	}	Clinique médicale.
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT .		
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER ...		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
LE LORIER		
LÉVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE : LE DOCTEUR LOUIS ROUHER

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MON AMI GILBERT VALOIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TERRIEN
Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

AU DOCTEUR POULARD

✓ Ophthlalmologiste honoraire des Hôpitaux

AU DOCTEUR BOURDIER

Ophthalmologiste de l'hôpital Beaujon-Clichy

AU DOCTEUR VALOIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN.
MONSIEUR LE PROFESSEUR BABONNEIX.

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET.
MONSIEUR LE DOCTEUR VINCENT.
MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY.
MONSIEUR LE DOCTEUR RENAULT.

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE.
MONSIEUR LE DOCTEUR DESPLAS.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET.
MONSIEUR LE DOCTEUR BOURDIER.
MONSIEUR LE DOCTEUR POULARD.
MONSIEUR LE DOCTEUR MAGITOT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AMELINE.
MONSIEUR LE DOCTEUR HARTMANN.
MONSIEUR LE DOCTEUR PARFONRY.
MONSIEUR LE DOCTEUR DOLLFUS.

A MES MAÎTRES DE CONFÉRENCE

A MES AMIS

PIERRE MARIANI d'ALBERTINI
SUZANNE MARIANI d'ALBERTINI (*in memoriam*)

LES DOCTEURS JEAN TELLIER, JEAN TERRASSE,
JEAN GUÉRIN, PAUL GUILLY

INTRODUCTION

Sans la moindre prétention nous allons décrire une nouvelle technique opératoire de l'ectropion sénile.

En feuilletant la bibliographie de cette affection, nous sommes frappés par la multiplicité des techniques jusqu'à proposées. Si les procédés sont aussi nombreux, c'est que malheureusement aucun d'eux n'a le privilège de l'infailibilité. Nous ne prétendons pas apporter enfin un remède définitif à cet état de choses. Nous exposons simplement le principe et la technique de notre méthode ainsi que les résultats jusqu'à obtenus.

Le principe nous en a été inculqué il y a plus d'un an par le Docteur POULARD, alors que nous travaillions dans son service de l'hôpital Lariboisière.

Depuis de nombreuses années, en effet, le Docteur POULARD ne se trouvait pas satisfait des résultats fournis par les thérapeutiques classiques. Il a cherché à instituer un procédé opératoire nouveau. Ce procédé puise sa nouveauté à la fois dans son esprit et dans son exécution. Il ne consiste donc pas dans la modification d'une technique déjà connue ; c'est vraiment une méthode inédite, basée sur des données anatomiques et pathogéniques.

LIMITATION DU SUJET

Nous n'avons pas l'intention ici de nous occuper du traitement de tous les ectropions. Nous rejetons d'emblée les ectropions cicatriciels et congénitaux dont l'anatomopathologie est toute différente, et les techniques de réparations bien mises au point. Nous aurons en vue seulement les ectropions paralytiques. Mais parmi ceux-ci, les ectropions par paralysie totale de l'orbiculaire due à l'atteinte du nerf facial, nous retiendrons peu. Leur traitement curatif est étiologique et n'est pas du domaine de l'ophtalmologie.

En somme, nous voulons seulement étudier les ectropions séniles, dans lesquels le muscle orbiculaire est atonique, mais non paralysé. Notre technique cherchera à rendre un peu de valeur à la contraction du muscle qui soutient le squelette fibreux de la paupière inférieure. L'ectropion sénile de la paupière supérieure est impossible, on peut dire qu'il n'existe pas. Notre technique ne s'applique donc qu'aux ectropions séniles de la paupière inférieure.

Nous le verrons plus loin, ce procédé s'adresse surtout aux lésions très accentuées. On ne lui reprochera pas d'être une opération de pure esthétique. C'est, en effet, un véritable soulagement que l'on apporte aux malades porteurs de cette malformation ; car elle entraîne presque toujours un gros degré de larmolement et d'irritation conjonctivale.

DIVISION DU SUJET

Un bref rappel anatomique de la paupière inférieure nous permettra de préciser la topographie des plans intéressants à utiliser au cours de notre intervention.

Dans un aperçu pathogénique, nous chercherons quel est l'élément anatomo-pathologique le plus important dans la genèse de cette déformation palpébrale. Il nous a semblé que la diminution de la valeur de contraction de l'orbiculaire était la lésion essentielle, indispensable à la production de l'ectropion.

Nous étudierons les différents principes des remèdes jusque-là proposés. Nous verrons qu'aucun ne s'adresse directement à cet élément causal.

Nous exposerons ensuite le principe de notre méthode : *Restaurer dans la paupière le plan musculaire qui, atteint de déficience sénile, a perdu sa tonicité.*

Après une rapide étude clinique, nous essayerons de trouver parmi tous les degrés et toutes les variétés d'ectropions séniles les cas idéaux auxquels s'adresse notre technique.

Nous tâcherons de mettre un peu d'ordre dans les indications thérapeutiques de l'ectropion dont beaucoup peuvent être guéris par des opérations connues et souvent plus simples que la nôtre.

Après ces longs préambules, nous exposerons brièvement les soins préopératoires, et, enfin, la technique opératoire elle-même, cette technique étant celle que nous pratiquons personnellement.

Elle doit, par certains détails, différer de celle du Docteur POULARD, — mais, le principe et les grandes lignes en demeurent les mêmes. — Nous n'avons pas eu l'occasion depuis plusieurs mois de voir opérer le Docteur POULARD. La méthode, d'ailleurs à son dire, est perfectible dans les détails de son exécution.

Ainsi donc, le schéma opératoire que nous rapportons n'a rien de rigide. Nous nous sommes efforcés de rester aussi proche que possible des idées directrices de notre maître.

Certains points exposés par nous sont certainement critiquables. L'opérateur qui utilisera notre méthode, trouvera à perfectionner des détails d'exécution pratique.

Après quelques mots sur les suites opératoires, nous rapporterons les observations de nos opérés, et nous tâcherons de tirer quelques conclusions des résultats obtenus.

ANATOMIE DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE NORMALE

La paupière inférieure fait partie avec la paupière supérieure du voile membraneux qui recouvre et protège le globe oculaire.

A) FORME EXTÉRIEURE ET LIMITES

Elle se moule sur l'œil et en épouse la forme.

En haut son bord libre qui porte les cils, répond à la fente palpébrale et rentre en contact avec le bord libre de la paupière supérieure dans le mouvement d'occlusion.

En dehors, elle rejoint la paupière supérieure formant l'angle externe et se continue par la région temporale.

En dedans l'angle interne — ou commissure interne — se prolongeant par les téguments de la région lacrymo-nasale.

En bas, suivant un repli en croissant, souvent peu visible, à concavité supérieure, *le sillon palpébro-génien*, elle se prolonge par la région jugale.

Face antérieure : Elle est convexe dans tous les sens — surtout dans sa partie supérieure répondant au globe oculaire. La partie inférieure est séparée de la précédente par le sillon orbito-palpébral inférieur, souvent peu mar-

qué. Elle est moins convexe, moins tendue — elle répond là à la graisse orbitaire. C'est là que nous ferons l'incision.

Face postérieure : Elle est concave, elle est tapissée par la conjonctive palpébrale et répond au globe oculaire.

Extrémités : En dehors et en dedans, nous venons de le dire, la paupière supérieure se réunit à la paupière inférieure pour former les commissures internes et externes.

Le bord inférieur : est mal limité au centre. Il est tout virtuel — la joue prolonge en bas la paupière.

Bord supérieur : le bord libre, est épais d'environ deux millimètres. Le tubercule lacrymal le divise en deux parties : une très courte interne, la portion lacrymale où le bord libre est lisse, arrondi, dépourvu de cils, et une portion ciliaire-externe, très étendue qui porte les cils.

Au niveau de la portion ciliaire le bord libre présente :
une lèvre postérieure qui se continue par la conjonctive,
une lèvre antérieure où sont implantés les cils, qui à la paupière inférieure sont peu nombreux, ils sont concaves en bas.

Un intervalle entre ces deux lèvres répond au bord supérieur du tarse et là s'ouvrent les orifices des glandes de Meibomius. C'est là que de nombreux opérateurs pratiquent leur incision pour le dédoublement de la paupière.

B) STRUCTURE DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE

Sept plans successifs d'avant en arrière :

- 1) la peau
- 2) tissu cellulaire lâche
- 3) un plan musculaire : l'orbiculaire
- 4) un plan cellulaire sous-musculaire

- 5) un plan fibreux, c'est en quelque sorte le squelette de la paupière inférieure.
- 6) un nouveau plan musculaire
- 7) une couche muqueuse : la conjonctive.

Étudions d'abord la partie rigide :

1) *Le squelette fibro-élastique* : Il est constitué par deux parties :

Le tarse, en haut.

Le septum orbitaire, en bas.

a) *Le tarse*. — C'est une lame fibreuse épaisse d'environ un millimètre. Il a une forme quadrangulaire et occupe toute l'étendue de la partie supérieure de la paupière, le long du bord libre.

Il a une hauteur de cinq millimètres environ. Il est moins haut, moins épais, moins important que le tarse de la paupière supérieure.

A ses deux extrémités, il se joint, au niveau des commissures, au tarse supérieur pour former les ligaments palpébraux externe et interne.

Le ligament palpébral externe est court et s'attache au rebord de l'orbite, au-dessous de la suture fronto-malaire.

Le ligament palpébral interne s'insère sur la branche montante du maxillaire supérieur au niveau de la crête de l'apophyse en avant de la gouttière lacrymale au-dessous de la suture fronto-maxillaire.

Un autre faisceau de ce ligament dénommé « Tendon réfléchi du muscle orbiculaire » se porte en arrière et s'insère sur l'unguis en arrière de la gouttière lacrymale.

Ce tarse contient les glandes de Meibomius dont les canaux excréteurs s'ouvrent sur le bord libre. On comprend qu'une atteinte chronique de ces glandes, — secondaire à

une blépharite, — puisse entraîner une diminution de résistance du tarse et prédisposer à la production de l'ectropion.

b) *Le septum orbitaire* : ou *ligament large*. — C'est une lame fibreuse beaucoup plus mince et plus mobile que le tarse. Elle s'insère en haut aux bords inférieurs du ligament palpébral externe, du tarse et du tendon réfléchi de l'orbiculaire.

Le bord périphérique s'attache au périoste du rebord orbitaire.

Cette membrane fibreuse est de peu d'intérêt, elle est peu résistante, nous pouvons l'entamer sans inconvénient lorsque nous pratiquons notre intervention.

Passons en revue les autres plans de la paupière qui doublent et soutiennent ce plan fibreux.

2) *La peau*. — Elle est très fine, très mobile sur les plans sous-jacents. Les rides à son niveau sont parallèles au bord libre. C'est dans cette direction qu'il faut pratiquer les incisions, ainsi nous n'aurons pour ainsi dire pas de cicatrice.

3) *Couche cellulaire lâche antérieure*. — Elle sépare la peau, du muscle orbiculaire, dans toute l'étendue de la paupière. Elle est très lâche et permet une mobilisation très facile des deux plans l'un sur l'autre. Ceci est très important : c'est un plan de clivage tout préparé que nous utiliserons.

4) *Couche musculaire*. — C'est *l'orbiculaire*, ou, plutôt, *son faisceau inférieur palpébral*. C'est un muscle strié.

Ce faisceau musculaire s'insère en dedans sur la face antérieure et le bord inférieur du ligament palpébral interne, parfois nommé, pour cette raison, tendon direct de l'orbiculaire. Des fibres viennent aussi du tendon réfléchi.

Les fibres musculaires se terminent en dehors sur la face antérieure et sur le bord inférieur du ligament palpébral externe. Le ventre de ce muscle est très plat, très mince ; il parcourt toute la hauteur et l'étendue de la paupière. *C'est la paralysie de ce muscle qui crée l'ectropion.*

Le bord inférieur est proche de la partie orbitaire du muscle orbiculaire. Si la partie palpébrale est facilement isolable des autres plans, par contre la partie orbitaire adhère à la peau de la joue. Nous verrons que nous utiliserons cette adhérence pour y fixer le faisceau palpébral amoindri dans sa tonicité.

5) *Couche cellulaire lâche postérieure.* — Comme l'antérieure, elle permet la mobilité de l'orbiculaire.

C'est un plan de clivage facile qui siège en avant du squelette fibreux.

Nous l'utiliserons au cours de notre intervention.

6) *Couche musculaire lisse.* — Elle n'a pas pour nous grand intérêt.

C'est le *muscle palpébral inférieur* : il s'étend, en arrière du septum orbitaire, du bord inférieur du tarse à une expansion du droit inférieur. Ce muscle qui fait partie du système végétatif serait l'antagoniste de l'orbiculaire et, pour BLASCOVICS, sa contracture serait pour une grande part dans la production de l'ectropion.

7) *Le septième et dernier plan est la conjonctive tarsienne.* — Elle tapisse toute la face interne de la paupière.

Elle adhère au tarse. Elle est très mobile sur les muscles palpébraux. Elle peut donc s'allonger et ne retient en rien l'éversion de la paupière.

Le cul-de-sac conjonctival inférieur descend à environ 9 mm. au-dessous du limbe cornéen. Ce cul-de-sac est très flasque et contribue à la mobilité de la conjonctive.

VAISSEAUX DE LA PAUPIÈRE

Les artères viennent de l'ophtalmique, de l'artère palpébrale inférieure, de la sous-orbitaire, de la nasale, de la lacrymale, de la transverse de la face et de la temporale superficielle. Toutes ces branches artérielles forment un réseau pré-tarsien et rétro-tarsien.

Les veines sont nombreuses également — les conjonctivales vont à la veine ophtalmique, — les autres, superficielles, vont à la veine temporale et à l'angulaire.

La région est très vasculaire, — saigne beaucoup. Mais il n'y a pas de vaisseaux importants qui nécessitent de ligature. Le tamponnement suffit à faire l'hémostase.

NERFS DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE

Nerfs moteurs : Une branche du facial innerve l'orbiculaire.

C'est le sympathique qui innerve le muscle palpébral.

Rameaux sensitifs : la sensibilité de la paupière vient du nasal externe, du lacrymal et surtout du *sous-orbitaire*.

Ceci est important à connaître pour pouvoir pratiquer une bonne anesthésie régionale.

CONCLUSIONS

Que faut-il retenir dans ce chapitre d'anatomie du point de vue opératoire ?

1) Le tarse de la paupière inférieure est peu important et peu résistant. Ce n'est pas un appui sur lequel il faut compter.

2) Le faisceau palpébral de l'orbiculaire est fait d'une partie centrale peu résistante et de deux extrémités solidement amarrées aux ligaments palpébraux.

3) En avant et en arrière de ce muscle orbiculaire existent dans la paupière des plans cellulux lâches, faciles à disséquer, ce sont des plans de clivage naturels.

4) Le septum orbitaire et le muscle orbitaire sont de peu d'importance et peuvent être entamés sans danger au cours de notre intervention.

5) La conjonctive et la peau sont très souples et très mobiles et se prêtent à toutes les tractions et à toutes les mobilisations.

PATHOGÉNIE

L'ectropion est essentiellement le renversement du bord libre de la paupière. Ce renversement peut être plus ou moins accentué. Tous les degrés sont possibles depuis le simple écart entre ce bord libre et le globe oculaire, jusqu'au véritable et total déroulement en dehors de la paupière qui, de ce fait, perd de sa hauteur et ne peut plus servir à l'occlusion de l'œil. L'ectropion se complique alors de *lagophthalmie*.

Cette éversion du bord ciliaire reconnaît trois grandes causes : la première d'ordre *cicatriciel*, la deuxième d'ordre *mécanique*, la troisième d'ordre *paralytique*.

Nous l'avons dit, dès le début de cette étude, nous ne nous occuperons pas de *l'ectropion cicatriciel*. Il est dû à une perte de substance cutanée. Une cicatrice de la paupière éverse la conjonctive tarsienne. Il faut apporter du tissu cutané nouveau, grâce à une greffe, pédiculée ou non.

L'ectropion mécanique : On pourrait également l'appeler ectropion aigu. Il est dû à l'existence d'une néoformation éloignant la paupière du globe oculaire. Cette néoformation est de nature variable : bourrelet chemotique, gros chalazion ou gros kyste de la paupière, tumeur de la sclérotique, etc... Elle peut, lorsqu'elle atteint un développement considérable faire éverser la paupière.

Cet ectropion n'est en quelque sorte que symptomatique.

Il faut traiter la cause, faire disparaître la néoformation conjonctivale, oculaire ou palpébrale. L'ectropion se réduira de lui-même si les tissus sont sains, jeunes, élastiques.

Dans le cas contraire, si le corps étranger a distendu pendant longtemps ces tissus, les a fait se relâcher, après la disparition de ce corps étranger la paupière se trouve impuissante à reprendre sa place, elle reste éversée. Il s'agit alors véritablement d'un ectropion paralytique.

L'ectropion paralytique est réalisé typiquement dans le cas de paralysie faciale périphérique. L'orbiculaire ne reçoit plus d'influx nerveux. Il devient incapable de jouer son rôle occlusif des paupières. La paupière supérieure reste en place, l'inférieure se relâche et peu à peu sous l'influence de la pesanteur elle s'éverse, s'ectropionne.

L'ectropion paralytique de la paupière supérieure n'existe donc pour ainsi dire pas. C'est toujours la paupière inférieure qui est atteinte, et notre technique s'adresse uniquement au traitement de l'ectropion de la paupière inférieure.

Dans le cas d'un ectropion paralytique véritable, c'est-à-dire quand il s'agit de l'atteinte du tronc nerveux de l'orbiculaire, le trouble trophique du muscle n'est que secondaire et relativement tardif. Le meilleur traitement semble être la suspension pure et simple de la paupière inférieure à la supérieure par une tarsorrhaphie, faite précocement. C'est une intervention en quelque sorte préventive. Elle a l'avantage d'être simple. De plus elle préserve la cornée en même temps qu'elle prévient l'ectropion. Si plus tard l'affection causale guérit — si la paralysie faciale disparaît et si l'orbiculaire retrouve sa mobilité — il suffit d'ouvrir la blépharoraphie et nous sommes en présence d'un globe oculaire et d'une conjonctive palpébrale intacte qui n'aura pas de tendance à s'ectropionner.

Il se peut que par négligence le malade atteint depuis longtemps de paralysie faciale vienne tardivement montrer son œil dont la paupière inférieure est inerte ; la conjonctive tarsienne inférieure éversée est granuleuse et tuméfiée. Dans ce cas il semble que la solution la plus sage soit encore de faire une simple tarsorrhaphie. Car il est inutile de pratiquer une intervention plus complexe sur un muscle orbiculaire qui n'est plus susceptible de retrouver sa motilité et qui est impuissant à maintenir à sa place la paupière inférieure.

Mais à côté de cet ectropion paralytique proprement dit — il en est un autre — le plus fréquent d'ailleurs, c'est celui qui nous intéresse dans cette étude.

Nous l'appellerons : l'ectropion sénile.

L'ectropion sénile : Il rentre dans le cadre de l'ectropion paralytique. — Il y a paralysie partielle de l'orbiculaire, mais cette paralysie ne relève pas d'une altération du système nerveux central. Elle est due à l'atonie, à la déchéance physiologique et anatomique du muscle lui-même. L'orbiculaire fonctionne encore mais il fonctionne mal. Les autres muscles de la face, de la mimique, sont souvent atteints. On le qualifie de « sénile » avec juste raison, car le plus souvent, il survient chez le vieillard dont tous les tissus se relâchent. Parfois on le voit chez des sujets plus jeunes, pour des raisons variables que nous exposerons. Mais là encore, il s'agit d'une « sénilité » précoce et pathologique du tissu musculaire.

Voyons quels sont les éléments pathogéniques de cet ectropion. Une cause est essentielle ; en dehors de laquelle sa production semble impossible : nous l'avons dit, c'est l'atonie musculaire. Il est des causes déterminantes secondaires.

1) CAUSE ESSENTIELLE DE LA PRODUCTION DE L'ECTROPION

Atonie du plan musculaire de l'orbiculaire

Chez les sujets âgés, les tissus perdent de leur tonus : témoins en sont l'apparition des rides, la mobilité de la peau sur les plans profonds, la diminution de la force musculaire.

Si un muscle long, d'un membre, perd de sa valeur de contraction, on comprend facilement qu'un muscle plat et mince comme l'orbiculaire soit atteint plus profondément par le processus de sénilité.

Le rôle physiologique de ce muscle est d'amener les deux paupières au contact l'une de l'autre. Il applique la conjonctive tarsienne sur le globe, il oblige les paupières à se mouler sur le globe oculaire qui est ainsi protégé. Si, par sénilité, la valeur de contraction de l'orbiculaire diminue, la paupière inférieure tend à s'éloigner du globe ; c'est le premier degré de l'ectropion. Puis la pesanteur entraîne son tarse en dehors et en bas. Ce tarse est lui-même mal soutenu par le muscle palpébral inférieur qui perd également de son tonus. La conjonctive tarsienne s'expose à l'air, elle s'enflamme, le larmoiement apparaît forcément puisque le point lacrymal inférieur est extériorisé de l'ambiance des larmes. C'est alors *l'ectropion entièrement constitué* : il est de plus compliqué de larmoiement et de conjonctivite. Mais en même temps *le bord libre de la paupière s'allonge*. Sous le fait de la pesanteur les tissus de ce bord libre se laissent distendre et si l'on mesure sa longueur en suivant sa courbe on note un allongement qui peut atteindre plusieurs millimètres. La conjonctive tarsienne s'irrite ; elle se distend et on a l'impression qu'elle est en trop grande quantité — qu'il suffit d'en réséquer une portion pour tout remettre en place.

Les complications surviennent alors, c'est l'inocclusion des paupières : la *lagophthalmie* qui peut entraîner des atteintes graves de la cornée. Un ectropion doit être traité avant que ne surviennent de telles complications.

Certains auteurs ont voulu voir dans cette pathologie de l'ectropion comme élément essentiel, l'*excès de conjonctive tarsienne* ou l'*allongement du bord libre*. La thérapeutique chirurgicale qu'ils ont proposée tend à pallier à ces deux déformations. Or, ces deux déformations : excès de conjonctive et allongement du bord libre et du tarse sont des éléments secondaires dans la pathogénie de l'ectropion. Ils n'existeraient pas si le muscle orbiculaire était assez puissant pour maintenir en place les plans anatomiques.

Cette atonie de l'orbiculaire semble bien être l'élément essentiel et causal de la formation de l'ectropion. Cette déformation apparaît en général chez des sujets dont tous les autres tissus se relâchent : le plus souvent, ces sujets sont très ridés, très maigris. l'ectropion est, en général, bilatéral, souvent plus marqué d'un côté. On met facilement en évidence la tendance à l'éversement de l'autre côté par une simple traction du doigt sur la paupière inférieure. La palpation permet de constater le relâchement des autres muscles de la face. Enfin, quand il existe un ectropion de la paupière inférieure, il est facile de mettre en évidence la paresse et l'atonie du faisceau supérieur de l'orbiculaire dans la paupière supérieure. Cette dernière paraît normale : demandons au malade de fermer fort les yeux ; la paupière supérieure tombe lentement ; la pesanteur semble seule agir dans ce mouvement occlusif. Essayons d'écarter vers le haut cette paupière, nous n'avons pas grande difficulté à vaincre l'effort de volonté que fait le malade pour la maintenir fermée. Il semble bien que l'orbiculaire ait une valeur de contraction très diminuée. Une autre preuve réside dans ce fait que par pincement de la peau on écarte

très facilement cette paupière supérieure du globe oculaire. On a l'impression que c'est à sa situation dans l'espace que la paupière supérieure doit de ne pas s'ectropionner.

En somme, *l'élément essentiel, pathogénique de l'ectropion est l'atonie du plan musculaire de la paupière inférieure, le muscle fonctionne encore, mais il est trop peu puissant.*

Cette atonie participe de la sénilité générale des tissus, apparaissant plus ou moins tôt suivant les individus. Elle peut à l'origine être la seule cause. On voit des *ectropions isolés* sans aucune autre lésion associée.

Mais, le plus souvent intervient une cause déterminante.

2) CAUSES DÉTERMINANTES DE LA PRODUCTION DE L'ECTROPION

Le terrain de l'ectropion est, en somme, créé par cette atonie musculaire qui, à elle seule, ne serait pas suffisante pour éverser la paupière inférieure. C'est alors qu'intervient une irritation tissulaire quelconque qui va aggraver cette atonie, et faire d'un état physiologique, un état pathologique.

Depuis longtemps on a décrit ces ectropions en quelque sorte secondaires. Voyons rapidement quelles sont les causes déterminantes les plus fréquentes.

Les blépharites chroniques peuvent souvent être incriminées de même que les meibomites chroniques. Toutes ces suppurations torpides du bord libre ont tendance à diminuer la résistance des tissus. Une des affections qui se complique le plus fréquemment d'ectropion est la *blépharite eczémateuse*. Il n'est pas étonnant de trouver réunis dans la même affection ces deux facteurs pathologiques : eczéma et atonie musculaire. Ils font l'un et l'autre partie

du terrain neuro-arthritique si fréquemment rencontré chez nos malades.

Les malformations ou cicatrices anciennes non déformantes du bord libre de la paupière inférieure, peuvent créer une prédisposition à l'Ectropion.

Les conjonctivites chroniques sous toutes leurs formes, surtout les formes torpides qui infiltrent les conjonctives tarsiennes et les alourdissent, sont pour une grande part dans la production de l'ectropion. Il peut se voir exceptionnellement dans le trachome.

Les affections des voies lacrymales : ces affections sont fréquentes. Elles sont presque toujours à l'origine des ectropions, associées souvent à des lésions de conjonctivite ou de blépharite. Il ne faut jamais opérer un ectropion sans avoir exploré les voies lacrymales. Il peut s'agir soit d'infection chronique du sac lacrymal, soit d'un simple larmoiement, soit d'une obstruction des voies de drainage des larmes.

Le rôle joué par ces affections lacrymales est capital. Nous verrons plus tard combien il est important de toujours traiter ces lésions causales avant d'intervenir sur l'ectropion lui-même.

Parmi les causes déterminantes secondaires moins fréquemment rencontrées, il faut signaler :

Des lésions chroniques de la cornée souvent d'ailleurs associées à des affections conjonctivales.

Des infections des paupières par la lèpre ou par une gomme syphilitique.

Quelles qu'elles soient ces causes déterminantes sont très importantes à connaître. En présence d'un ectropion, il faut toujours rechercher ce qui a bien pu en déclencher

l'apparition et en entretenir l'évolution. Il est exceptionnel de trouver un ectropion isolé sans lésions conjonctivales ou lacrymales associées.

Elles sont d'ailleurs souvent la conséquence de l'ectropion. Nous avons vu que la conjonctive éversée à tendance à s'infecter, elle s'épaissit, devient granuleuse. Le larmolement est aussi causé par l'éversion du bord libre. Donc que ces lésions conjonctivales ou lacrymales soient la déterminante ou la conséquence de l'ectropion, elles existent presque toujours : Il se crée en quelque sorte un « cercle vicieux » qui a tendance à exagérer l'éversion de la paupière inférieure lésant de plus en plus son soutien musculaire, le plan de l'orbiculaire.

Au total, on pourrait résumer ce chapitre de pathogénie en un rappel bref de l'anatomie pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Parmi les lésions anatomiques d'un extropion franchement constitué, certaines sont constantes, les autres intermittentes.

A) ÉLÉMENTS LÉSIONNELS CONSTANTS :

Ils sont de trois ordres :

- 1) L'essentiel, l'indispensable est l'*atonie du plan musculaire*.

Les deux autres :

- 2) *L'allongement du bord libre de la paupière ;*
- 3) *L'excès de tissu conjonctival et l'allongement du tarse,*
sont des éléments qui ne font que découler du premier.

B) ELÉMENTS LÉSIONNELS INCONSTANTS :

- 1) *Conjonctivites chroniques* ;
- 2) *Blépharites* et tout ce qui épaissit le bord libre ;
- 3) *Lésions des voies lacrymales* : larmoiement, dacryocystite chronique, sténose des voies lacrymales, etc... ;
- 4) Accessoirement : lésions cornéennes.

Le traitement ne sera complet et définitif que s'il s'adresse à tous les éléments de ce tableau pathologique. Chaque lésion devra avoir son remède.

DISCUSSION DES TECHNIQUES ANTÉRIEURES

Nous pouvons diviser ce chapitre en deux parties.

Dans la première, nous envisagerons les remèdes que l'on apporte aux lésions secondaires inconstantes de l'ectropion.

Dans la deuxième partie, nous discuterons les opérations en elles-mêmes que l'on a jusque là proposées pour la cure de l'ectropion.

TRAITEMENT DES LÉSIONS INCONSTANTES DE L'ECTROPION

Sur ce premier point, au moins, tout le monde est d'accord : il faut traiter les lésions secondaires avant d'instituer un traitement chirurgical.

Ce n'est pas ici qu'il convient de détailler ce long chapitre de thérapeutique oculaire.

Souvent, nous nous trouvons en présence d'un ectropion léger associé à une blépharo-conjonctivite traînante. Cette affection chronique est la cause de l'ectropion ; la preuve en est dans ce fait que la guérison de la blépharite entraîne la disparition de la déformation palpébrale. Mais cette thérapeutique est longue ; elle nécessite souvent de la patience de la part du malade et du médecin. Beaucoup d'échecs chi-

urgicaux sont dus à l'absence ou à l'insuffisance du traitement médical qui doit préparer le terrain à l'intervention.

Donc, le traitement d'une affection conjonctivale, palpébrale, cornéenne ou sclérale, doit toujours être instauré avant de tenter la cure de l'ectropion auquel sont associées ces lésions.

Parmi ces associations pathologiques la plus fréquemment rencontrée est : larmolement et ectropion. Examinons systématiquement les voies lacrymales de nos malades. La pression du doigt dans la région du sac peut faire sourdre du pus par un des points lacrymaux : il s'agit là d'une dacryocystite chronique. Il faut alors enlever le sac lacrymal. Les lavages avec des antiseptiques sont en général impuissants pour guérir cette dacryocystite chronique qui maintient l'œil et les paupières dans un bain purulent constant.

D'autres fois, il s'agit d'obstruction des voies lacrymales en un point quelconque de leur sujet. Il faut, soit par des sondages, soit par une stricturotomie rétablir le drainage normal des larmes.

Parfois les voies lacrymales sont parfaitement perméables ; le larmolement est alors secondaire à l'ectropion, secondaire à l'éversion du point lacrymal qui ne baigne pas dans le lac lacrymal, dans ce cas, c'est le traitement chirurgical qui guérira le larmolement.

Quelles qu'elles soient, il faut traiter avec beaucoup de soin ces lésions conjonctivales, palpébrales ou lacrymales associées. Souvent, dans le cas surtout d'ectropion léger, nous verrons survenir le redressement de la paupière en même temps que la guérison de ces causes déterminantes. Mais parfois ce traitement prémonitoire échouera et l'ectropion persistera ; c'est alors qu'il faut intervenir chirurgicalement.

Mais, rappelons-nous que plus nous aurons atténué les

lésions secondaires, plus les chances de succès de l'opération seront grandes.

Voyons maintenant quelles sont les techniques jusque là proposées pour la cure chirurgicale de l'ectropion.

TRAITEMENT DES LÉSIONS CONSTANTES DE L'ECTROPION

Ces thérapeutiques chirurgicales sont nombreuses. C'est dire que beaucoup doivent être inopérantes.

Les plus anciennes des méthodes consistent à créer un redressement en quelque sorte orthopédique et temporaire de la paupière : tel est le port d'un bandeau compressif ou de bandelettes agglutinantes. On en conçoit mal l'application très difficile en pratique. Ce traitement doit s'adresser à des cas légers. Le résultat en est très éphémère.

Les sutures de Snellen. — Les fils prennent point d'appui sur le sommet de l'ectropion et leurs deux anses cheminent dans la paupière pour s'extérioriser côte à côte dans la peau de la joue. La réduction de l'ectropion est opérée par le serrage plus ou moins fort de ces fils qui tirent sur le point culminant de l'éversion de la paupière. Cette méthode ne peut être utilisée que dans des cas légers. Presqu'à coup sûr, quelques jours après l'ablation des fils, l'ectropion se reproduit. Il faudrait mettre des soies très nombreuses et les laisser longtemps en place de façon à créer une sorte de toile cicatricielle résistante qui viendrait renforcer le tissu musculaire déficient. Mais la technique serait bien longue pour un résultat problématique.

La tarsorrhaphie simple a été proposée. Il faut bien dire d'ailleurs que dans certains cas, c'est un excellent procédé. Elle est formellement et uniquement indiquée lorsqu'il

s'agit de paralysie faciale périphérique. Dans ce cas, l'orbiculaire a perdu toute valeur motrice. Il est inutile d'essayer de raccourcir le bord libre ou le tarse d'une paupière qui dans la suite restera inerte.

La tarsorrhaphie est préventive des complications *cornéennes* que peut entraîner la lagophthalmie.

D'ailleurs la plupart des auteurs jugeant de l'insuffisance de ces procédés ont cherché des techniques qui agissent sur les éléments essentiels constitutifs de l'ectropion.

Ces techniques tendent surtout à faire disparaître l'excès de conjonctive, la laxité du tarse et l'allongement du bord libre. Très peu tendent à recréer un plan musculaire solide dans la paupière inférieure.

Les raies de feu. — Il faut les faire verticales, allant du cul de sac au bord libre. Elles doivent être profondes, entamant le tarse. Il faut les faire assez rapprochées, au nombre de 3, 4 ou 5. On peut y ajouter une raie de feu parallèle au bord palpébral, siégeant au sommet de l'ectropion.

Bien faites pour les petits ectropions localisés au point lacrymal, elles peuvent donner de bons résultats qui ne sont d'ailleurs définitifs qu'après trois ou quatre semaines. Les cicatrices sont gênantes et longues à disparaître. Mais les résultats sont inconstants, surtout si les cautérisations ont été trop peu profondes ; dans le cas contraire, on peut obtenir un entropion. Quoi qu'il en soit la pratique apprend que si on a eu de bons résultats, ils sont en général temporaires. Après quelques mois, l'ectropion récidive.

Un certain nombre d'autres procédés tentent de redresser le tarse en le raccourcissant.

Jadis, ADAMS pratiquait l'excision d'un triangle de paupière à sommet dirigé vers le cul-de-sac. Cette thérapeutique est surtout indiquée quand il s'agit d'un éversement du point lacrymal inférieur. Dans ce cas, le colobome artificiel

de la paupière doit être fait le plus près possible de ce point lacrymal.

En général, la suture du bord libre laisse une cicatrice disgracieuse.

PROCÉDÉ DE KUHNT :

C'est une résection tarsienne avec dédoublement de la paupière. C'est en somme une amélioration de la technique précédente. On pratique un dédoublement de la paupière passant entre le plan conjonctivo-tarsien en arrière et le plan musculo-cutané en avant. C'est dans le plan postérieur que l'on excise un triangle à base supérieure. Le plan cutané vient cacher le colobome. Il forme un bourrelet assez long à disparaître. On ne peut guère, par ce procédé, obtenir un raccourcissement de plus d'un centimètre.

LE PROCÉDÉ DE DUVERGER permet des raccourcissements plus étendus.

Il consiste en une résection cunéiforme de tous les plans de la paupière inférieure. Ensuite de part et d'autre de ce colobome, sur 5 à 8 millimètres on pratique un dédoublement.

Grâce à ce dernier, d'un côté on résèque un triangle cutané-musculaire, de l'autre un triangle symétrique conjonctival.

Ainsi, lors de la suture en deux plans ; l'un superficiel cutané, l'autre profond conjonctival, les deux lèvres de notre colobome chevaucheront normalement, créant un raccourcissement important et évitant le bourrelet cutané. DUVERGER complète souvent son intervention par une raie de feu horizontale qui détruit la plus grande partie de la conjonctive enflammée et éversée.

Cette technique raccourcit le bord libre, raccourcit le tarse et détruit l'excès de conjonctive distendue.

Mais, elle ne porte pas le remède dans la cause même de l'ectropion : la faiblesse du muscle orbiculaire.

Les méthodes suivantes tendent à amputer une partie du bord libre et de plus essayent de raccourcir l'orbiculaire pour augmenter la force de contraction du muscle.

MÉTHODE DE TERTON. — Elle comprend deux temps opératoires.

Dans un premier temps, on résèque un large lambeau de conjonctive tarsienne parallèlement au bord libre en respectant et ce bord libre et le cul-de-sac.

Dans le second temps, TERTON taillait dans la région de la commissure externe un triangle cutané-musculaire à base interne. Ce triangle était plus ou moins grand suivant l'étendue de l'ectropion. La suture horizontale des lèvres de ce triangle réduisait l'éversion palpébrale. La suture conjonctivale était inutile.

Ici on détruit la conjonctivite exubérante, on réduit l'ectropion par la résection et la suture cutanée ; de plus, on raccourcit le faisceau orbitaire de l'orbiculaire. Mais ce raccourcissement est bien léger. Aussi les récidives sont fréquentes.

PROCÉDÉ DE SYMANOWSKI. — C'est la même idée directrice que celle du procédé de TERTON. Mais après DIFFENBACK et DESMARRES, SYMANOWSKI tend de produire un véritable raccourcissement du bord palpébral en l'attirant en dehors. Cette technique a subi de nombreux remaniements de détails.

Elle comprend en principe une résection cutanée externe et un avancement dans ce triangle cruenté de l'angle externe de la paupière.

Certains opérateurs taillaient un triangle cutané à base supérieure parallèle à la fente palpébrale. Avec SYMANOWSKI, le triangle est à sommet interne correspondant au canthus

externe. C'est une sorte de fer de lance dépassant en haut et en bas le plan de la fente palpébrale.

Dans la technique primitive de SYMANOWSKI, après la taille du triangle cutané, on résèque le sol ciliaire sur une certaine étendue et l'ancienne extrémité externe de la paupière inférieure est suturée à l'angle supérieur du triangle de résection cutané-musculaire.

CANTONNET propose une amélioration qui est décrite dans la thèse de LESAGE.

Il appelle sa méthode : « Le décalage externe de la paupière inférieure ».

A cette fin, il crée une mobilité de tous les plans de la paupière inférieure en ouvrant aux ciseaux l'angle externe. Ainsi il tend à raccourcir tous les plans. Pour les sutures, il s'appuie d'une part sur le tarse de la paupière inférieure et d'autre part sur les plans aponévrotiques et fibreux du rebord de l'orbite.

Mais la meilleure réalisation de ce raccourcissement de la paupière inférieure semble être :

LE PROCÉDÉ DIT DE « KUHNT-SYMANOWSKI ».

PREMIER TEMPS

On taille et on excise un triangle cutané à sommet interne proche du canthus externe et dont l'étendue dépend de l'importance de la réduction à obtenir.

DEUXIÈME TEMPS

On fait une canthotomie externe et l'on dédouble sur 15 à 20 millimètres le bord libre : on résèque un triangle tarso-conjonctival. Sur la même longueur, il faut enlever le sol ciliaire.

TROISIÈME TEMPS

Ainsi la paupière est vraiment raccourcie ; l'extrémité actuelle du sol ciliaire est suturée solidement à l'angle externe, — affrontant les tarses inférieur et supérieur — le plan cutané-musculaire qui reste de la paupière inférieure est ramené en dehors sur la surface du triangle de peau réséquée.

Ce procédé est, en somme, la synthèse de tous les autres ; il raccourcit la conjonctive et le squelette fibreux de la paupière inférieure. Il raccourcit le bord libre lui-même. De plus il n'affronte que des surfaces cruentées.

Ce dernier procédé nous a semblé donner les meilleurs résultats. En effet, il permet souvent une réduction plus ou moins parfaite, immédiate de l'ectropion.

Mais comme nous le rapportons dans plusieurs de nos observations, l'ectropion peut se reproduire à la longue et parfois même assez rapidement.

*
**

Nous avons cherché à comprendre pourquoi les récidives étaient si fréquentes. Il nous a semblé que cela tenait à ce fait que les thérapeutiques jusque là préconisées ne s'adressaient qu'à des éléments secondaires de la pathogénie de l'ectropion.

L'allongement du bord libre et la laxité du tarse ne surviennent que parce qu'ils ne sont plus soutenus correctement par leur muscle moteur. Rien ne sert de raccourcir ou d'allonger l'os d'un membre atteint de séquelles de paralysie infantile, il faut rendre sa vigueur au muscle déficient et atrophique. *Rien ne sert de raccourcir ou de modifier le squelette fibreux de la paupière si l'orbiculaire est hypotonique.*

PRINCIPE DE NOTRE TECHNIQUE

Nous voulons donc essayer de rendre à l'orbiculaire une tonicité musculaire suffisante pour redresser le squelette fibreux de la paupière.

Le faisceau inférieur palpébral de ce muscle a deux parties extrêmes qui s'insèrent avec les ligaments latéraux interne et externe sur les parois osseuses de l'orbite. Ces portions extrêmes sont résistantes et moins étalées, moins flasques que le ventre du muscle qui parcourt l'épaisseur de toute la paupière. C'est sur cette portion ventrale du muscle que va porter notre action.

Cette idée de rendre une vitalité à l'orbiculaire est venue déjà à l'esprit de plusieurs auteurs étrangers.

Dès 1917, LOWENSTEIN propose une section sous-cutanée d'une portion de muscle. CHRONIS ajoute à cette section musculaire une excision cutanée.

BIRCH et HIRCHFELD dédoublent la paupière inférieure. Ils dissèquent un faisceau du muscle pour le raccourcir. Ils fixent ce faisceau en bas, augmentant ainsi la hauteur de la partie tarsienne de l'orbiculaire.

Le reproche que l'on peut faire à cette technique, c'est d'intervenir sur une zone musculaire trop limitée.

Mais la méthode opératoire la plus proche de la nôtre est celle proposée par HOLLAS. Il dissèque le faisceau palpébral de l'orbiculaire. Il en résèque une partie et le fixe au

faisceau orbitaire. Ce procédé semble long à exécuter. Il est très minutieux. Le nôtre est évidemment moins anatomique.

Nous disséquons dans l'épaisseur de la paupière inférieure une lame quadrilatère constituée par l'orbiculaire et les deux plans cellulaires qui le doublent en avant et en arrière.

En arrière même, nous ne craignons pas au besoin de mordre le septum orbitaire et le tarse.

Cette lame a toute l'étendue de la paupière, ou tout au moins l'étendue de l'ectropion. Sa hauteur est sensiblement celle de la paupière.

Son bord inférieur est celui que nous taillons dans le fond de l'incision cutanée faite à la partie inférieure de la paupière un peu au-dessus du sillon palpébro-jugal. Ce bord correspond sensiblement au bord inférieur du faisceau palpébral de l'orbiculaire.

Le bord supérieur de notre lame correspond non pas au bord libre de la paupière mais à la ligne qui représente le sommet de l'ectropion.

Donc, le plan de clivage antérieur en bas passe entre la peau et l'orbiculaire ; en haut, il coupe l'orbiculaire pour aller directement sur le tarse.

Le plan de clivage postérieur, lui, passe entre l'orbiculaire en avant, le septum et le tarse en arrière. Il aboutit en haut à la partie du tarse qui est restée en bonne position.

Cette lame quadrilatère est adhérente seulement par son bord supérieur. Elle accroche en somme en haut la ligne culminante de l'ectropion. Il est facile de comprendre qu'en attirant cette lame en bas, nous réduirons l'ectropion.

Sans tenir compte des plans anatomiques et sans rechercher le faisceau orbitaire de l'orbiculaire, nous décollons la peau de la joue le long de notre incision primitive sur une hauteur variable suivant le degré de réduction que nous avons à obtenir .

C'est dans le fond de cette fosse que nous fixons le bord inférieur de notre lame quadrilatère.

Notre méthode réduit ainsi l'ectropion.

Elle a surtout cet avantage de le réduire par *une traction rationnelle du haut en bas*, c'est-à-dire dirigée dans le sens opposé à celui où agit la pesanteur qui produit l'ectropion. C'est là certainement une supériorité sur les méthodes qui le réduisent par une traction latérale.

Comment va être maintenue cette réduction ? :

De deux façons :

- 1) *Par une blépharorrhaphie* qui sera le dernier temps de notre intervention

En même temps qu'elle maintiendra la paupière en place pendant deux à trois semaines, elle permettra aux cicatrisations de se faire correctement et en bonne place, en dehors de tous tiraillements musculaires qui ne manqueraient pas de se produire si nous laissions les paupières libres de leurs mouvements. *Le rôle de cette blépharorrhaphie est capital.* Elle permet l'organisation correcte du plan musculo-fibreux cicatriciel que nous cherchons à obtenir.

- 2) *Par le tonus du plan musculo-fibreux cicatriciel* que nous voulons créer.

La dissection de la lame quadrilatère et de la fosse jugale a cruenté de nombreuses régions. La cicatrisation va se faire avec production de tissus fibreux résistants et adhérents. C'est là le but que nous cherchons à atteindre. Nous avons une lame musculo-fibreuse rigide ; elle va soutenir le squelette de la paupière qui restera ainsi appliqué contre l'œil. Cette lame adhère par ses deux extrémités aux fibres du ten-

don de l'orbiculaire, et, ainsi, elle conserve une mobilité analogue à celle du muscle.

Mais la contraction musculaire agit maintenant sur un plan résistant, et, par conséquent, elle devient plus efficace.

Nous avons, en quelque sorte, recréé un plan musculaire dans la paupière.

On peut reprocher à notre technique de laisser persister l'allongement du bord libre et la laxité du tarse. Ces deux lésions ne sont que secondaires à l'atonie de l'orbiculaire ; la pratique nous a montré que le fait de leur donner un soutien normal suffisait parfaitement à faire reprendre définitivement la situation normale du bord libre et du tarse.

De plus, on peut nous reprocher la longueur du temps pendant lequel doit être maintenue la tarsorrhaphie. Contre cela, nous n'avons rien à dire. C'est de cette durée que dépend la réussite définitive de notre intervention. Dès 1906, THILLIEZ préconisait la blépharorrhaphie associée aux raies de feu.

D'ailleurs, les insuccès sont dus souvent à une blépharorrhaphie mal faite, ayant lâché précocement.

Pour éviter ces insuccès, il faut donc :

1) Disséquer correctement et largement la lame quadrilatère.

Ne craignons pas de disséquer loin ses extrémités latérales. Le bord supérieur doit être en bonne position correspondant, non pas au bord libre de la paupière, mais au sommet de l'ectropion.

2) Tâcher d'avoir une lame aussi épaisse que possible ; éviter donc de la déchirer, de la perforer lorsqu'on taille sa face postérieure.

3) Faire correctement la tarsorrhaphie.

Elle est difficile à faire ; le bord libre est enflammé, il faut aviver largement.

4) Laisser la tarsorrhaphie en place pendant au moins 15 jours.

Si nous faisons bien attention à ces quatre points, nous obtiendrons d'excellents résultats avec cette technique *dont le principe est la création d'un plan musculo-fibreux cicatriciel* dans les plans de la paupière.

Nous pouvons dénommer cette technique : *la réduction de l'ectropion par l'abaissement du faisceau palpébral de l'orbiculaire.*

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET EXAMEN DU MALADE

Malgré les avantages que nous accordons à notre méthode, nous ne voulons cependant pas la dire infaillible et encore moins universelle. Elle ne s'adresse pas à tous les cas d'ectropion.

Avant donc de poser l'indication opératoire, il faut examiner le malade correctement.

S'il s'agit d'un *ectropion mécanique*, c'est la masse néoformée qui éverse la paupière qu'il faut traiter : le bourrelet chemotique, le kyste de la paupière, la tumeur de la conjonctive bulbaire ou de la sclérotique. Tout ceci est très loin des cas qui nous intéressent.

S'il s'agit d'un *ectropion paralytique véritable* dû à une paralysie faciale périphérique, il n'est évidemment pas question de redressement chirurgical. Il faut avant tout protéger la cornée. Il faut faire une *tarsorrhaphie* médiane ou totale, et attendre la guérison de l'atteinte nerveuse avant d'ouvrir cette suture des paupières.

ETUDIONS LE CAS DE L'ECTROPION SÉNILE

Nous avons admis que la cause essentielle était l'atonie de l'orbiculaire. Mais elle peut être secondaire à une irrita-

tion chronique qu'il faut traiter : parfois cela suffira pour guérir l'ectropion.

Nous allons étudier :

- 1) les causes possibles de l'ectropion ;
- 2) son degré ;
- 3) la valeur des tissus.

1) *Quelles peuvent être les causes déterminantes ?*

Nous ne voulons pas ici énumérer de nouveau toutes ces causes, nous les avons passées en revue au chapitre de pathogénie.

Mais, nous insistons sur ce fait qu'il faut pratiquer un examen oculaire complet et non pas se contenter de l'examen de l'ectropion

Il faut examiner les paupières et rechercher par l'interrogatoire la possibilité de lésions chroniques de leurs bords libres.

Puis, systématiquement, nous devons passer en revue les conjonctives tarsiennes, déplier les culs-de-sac, examiner la conjonctive bulbaire, la sclérotique, la cornée. Sur chacune de ces tuniques peuvent siéger des lésions qui sont ou la cause, ou la conséquence de l'ectropion.

Enfin, *l'examen des voies lacrymales est capital*. Il ne faut pas croire que le larmolement est toujours secondaire à l'ectropion ; il en est souvent le facteur déterminant.

L'interrogatoire du malade doit préciser depuis combien de temps évoluent ces affections. Nous tâcherons ainsi de savoir si elles ont précédé ou suivi l'apparition de l'ectropion.

Il faut en somme faire un examen soigneux et complet et dénombrer les tares qui accompagnent l'éversion de la paupière, car on doit traiter ces tares avant de tenter la cure de

l'ectropion. Beaucoup d'échecs sont dus à cette absence de soins préopératoires.

Certains ectropions légers surtout chez des sujets jeunes à tissus résistants sont susceptibles de guérir en même temps que la lésion qui les crée et les entretient.

2) Il faut apprécier le degré de l'ectropion.

Si la thérapeutique des lésions secondaires n'a pas réduit l'ectropion, il faut alors chercher quelle va être la meilleure méthode opératoire.

a) IL S'AGIT D'UNE FORME TRÈS PEU ACCENTUÉE. — La paupière ne moule plus le globe oculaire ; elle est éloignée de ce dernier par un sillon rempli de larmes qui s'écoulent encore normalement ; le point lacrymal n'est pas encore éversé. Mais souvent sous l'influence du froid, cet excès de larmes se déverse brusquement à l'extérieur. Il faut toujours penser en présence de ces larmolements intermittents et occasionnels à l'atonie commençante de la paupière inférieure, surtout si les voies lacrymales sont parfaitement perméables.

A ces formes frustes il suffit d'appliquer un traitement léger. Nous avons l'impression que si l'on dépistait précocement ces formes frustes et si on les traitait correctement on éviterait beaucoup de ces ectropions importants et si difficiles à guérir.

Les raies de feu verticales associées à une raie de feu horizontale donnent d'excellents résultats. Il faut les faire assez profondes entamant le tarse, et l'on crée ainsi un plan cicatriciel fibreux très résistant.

b) IL S'AGIT D'UNE FORME PLUS ACCENTUÉE avec éversion seulement du point lacrymal et larmolement. Dans ce cas,

l'ectropion est partiel ; il siège surtout en dedans. Il faut alors palier à l'éversion du point lacrymal.

Dans ce cas, il faut pratiquer une *résection tarsienne cunéiforme* en la situant le plus près possible du point lacrymal. On a le choix des techniques pour pratiquer cette résection tarsienne. Mais au procédé de Kuntz, nous préférons la *méthode de Duverger* qui est plus esthétique et permet des raccourcissements plus considérables.

c) IL S'AGIT D'UN ECTROPION TOTAL, MAIS PAS TROP ÉVERSÉ, il n'y a pas de lagophthalmie.

Dans ce cas, le *raccourcissement du bord libre* peut donner de bons résultats. Mais de tous les procédés proposés pour arriver à ce résultat, nous préférons de beaucoup « *le Kuntz-Symanowski* » comportant une bonne résection tarso-conjonctivale.

d) IL S'AGIT D'UN ECTROPION TRÈS ACCENTUÉ avec début de lagophthalmie et lésions associées secondaires considérables ayant résisté à tout traitement. C'est dans ces cas graves qu'il faut *abaisser la lame musculaire de la paupière inférieure* par le procédé dont nous avons indiqué le principe et dont nous allons décrire la technique.

e) IL S'AGIT D'UN ÉCHEC OPÉRATOIRE et malheureusement cela est fréquent. On est amené à examiner un ectropion qui a déjà été opéré quelques semaines ou quelques mois auparavant ; il a récidivé. Nos observations rapportent des cas de cette espèce et la mise en œuvre de notre technique nous a donné de bons résultats.

3) *Quelle est la valeur des tissus* sur lesquels nous allons opérer.

Souvent le degré de l'ectropion n'est pas en rapport avec la gravité des lésions d'hypotonie des tissus.

L'ectropion léger qui récidive est celui qui siège sur une paupière dont le muscle est très déficient.

Il faut donc apprécier la valeur de l'orbiculaire par différents procédés.

Nous demandons au malade de fermer les yeux et nous nous opposons avec un doigt à l'occlusion de la paupière inférieure : du degré de résistance que nous éprouvons nous arrivons à déterminer la valeur de la contraction musculaire.

Nous essayons, en la pinçant, de décoller la paupière du globe oculaire ; sur une paupière normale, nous éprouvons une légère difficulté.

Il faut également explorer la qualité des tissus avoisnants ; les autres muscles de la mimique, la peau, etc...

Si les tissus sont relativement résistants des méthodes simples : raies de feu, raccourcissement du tarse, décalage de la paupière seront suffisants.

Si les tissus sont tous relâchés, il faut alors mettre en œuvre notre méthode. Elle tend, nous l'avons vu, à créer dans la paupière un plan résistant.

Nous destinons donc cette technique aux cas graves, aux ectropions très accentués. Cela excusera les quelques échecs que nous pouvons avoir eu. Echecs qui auraient probablement été certains avec toute autre technique.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

Nous ne voulons pas nous étendre sur ce chapitre car ce n'est pas ici la place d'indiquer la thérapeutique des blépharo-conjonctivites, des dacryocystites, des larmolements, des ulcères de la cornée et autres éléments pathologiques secondaires de l'ectropion.

Chaque praticien choisira le traitement qu'il préférera.

Ce que nous voulons dire, c'est que *le traitement chirurgical de l'Ectropion ne devra jamais être entrepris avant d'avoir fait l'impossible pour en guérir les éléments pathologiques secondaires.*

Ce n'est que lorsque ces derniers seront atténués ou guéris, ou que toutes les thérapeutiques dirigées contre eux auront échoué qu'il faudra tenter la cure de l'éversion palpébrale.

S'il s'agit d'un ectropion isolé, sans éléments pathologiques surajoutés, il faudra toujours pratiquer par des instillations antiseptiques une désinfection de plusieurs jours de la cavité conjonctivale.

NOTRE TECHNIQUE

A) INSTRUMENTATION

C'est là un des avantages de notre méthode opératoire. Elle nécessite une instrumentation fort simple.

Pour l'anesthésie il suffit d'une seringue banale de deux centimètres cubes et de deux aiguilles : l'une de deux centimètres et demi assez forte, l'autre plus fine, plus longue : quatre centimètres à quatre centimètres et demi.

Pour l'intervention elle-même de quels instruments avons-nous besoin ?

- une plaque à paupière ;
- un bistouri ;
- une pince à disséquer à griffe, assez souple ;
- une paire de ciseaux, courbes ou droits ;
- un porte-aiguille ;
- une boîte de fil de soie monté avec des aiguilles courbes cutanées.

Il faut une dizaine de fils de soie n° 1 ou 2.

Ce matériel est entièrement suffisant.

B) NETTOYAGE DE LA RÉGION

PRÉPARATION DU CHAMP OPÉRATOIRE

Le malade est couché sur la table d'opération.

Savonnage.

Un savonnage de toute la région doit être pratiqué, intéressant le front, les paupières, la région temporale, la joue et le nez. Il sera consciencieusement et longuement fait.

Lavage de la cavité conjonctivale.

Il n'est pas inutile de faire un lavage au ballon ou à la seringue de la cavité conjonctivale et spécialement du cul-de-sac inférieur.

Désinfection des téguments.

Nous la pratiquons avec de la glycérine iodée, et cela longuement sur toute l'étendue des téguments que nous avons savonnée tout à l'heure.

L'opérateur a pris naturellement tous les soins d'asepsie ordinaires. Nous plaçons des champs stériles ménageant la région sur laquelle nous allons d'abord pratiquer l'anesthésie et ensuite opérer.

Si l'opérateur est droitier, il se placera derrière la tête du patient pour un œil droit, à sa gauche, s'il s'agit d'un œil gauche. Cette position de l'opérateur n'est pas absolument obligatoire ; elle peut varier suivant les tendances de chacun.

En général, il faut avoir un aide. Nous opérons toujours avec un aide. Son rôle est relativement important. Avec un peu d'habitude, on arriverait, cependant, à opérer seul.

C) ANESTHÉSIE

L'anesthésie doit être faite avec un très grand soin.

En effet, l'intervention est relativement longue ; elle dure environ trente minutes. De plus, la région sur laquelle

nous intervenons est étendue : paupière supérieure, paupière inférieure et joue. Il est important que le malade soit calme, qu'il ne souffre pas. Il faut donc obtenir une anesthésie aussi parfaite que possible.

Il n'est plus question actuellement d'utiliser *l'anesthésie généralé* par inhalation. Il nous reste à choisir entre deux anesthésies : la locale ou la régionale.

ANESTHÉSIE LOCALE

Elle n'est pas, dans ce cas, très pratique. Mais elle peut être employée.

Il faut infiltrer d'anesthésique :

1°) la paupière inférieure en entier, sans oublier le bord libre.

2°) la partie supérieure de la joue sur une largeur égale à l'étendue de la paupière et sur une hauteur de deux à trois centimètres.

3°) le bord libre de la paupière supérieure ; ne l'oublions pas, le dernier temps de notre intervention comporte une blépharorrhaphie.

Nous faisons des reproches à cette méthode. Elle nécessite une grande quantité d'anesthésique. Il faut près de six à sept centimètres cubes de novocaïne à quatre pour cent. Ceci est considérable, car nous opérons le plus souvent sur des gens âgés et peu résistants qui tolèrent parfois mal les dérivés de la cocaïne.

De plus, pendant l'intervention, nous serons gêné par l'œdème artificiel des tissus. Le repérage des plans anatomiques de la paupière est assez important au cours de l'opération. Il faut donc éviter la modification des rapports et de l'aspect de ces plans par l'infiltration *in situ* d'anesthésique.

Nous préférons de beaucoup à l'anesthésie locale une anesthésie régionale qui pare à ces deux inconvénients. Il faut moins d'anesthésique, et la région sur laquelle nous intervenons garde son aspect morphologique et anatomique normal.

ANESTHÉSIE RÉGIONALE

Nous venons de le dire, il faut obtenir l'insensibilité de toute la paupière inférieure, de la partie supérieure de la joue et du bord libre de la paupière supérieure.

La sensibilité est donnée à toute cette région par *le nasal externe* en dedans, *le frontal* en haut, *le lacrymal* en dehors, *le sous-orbitaire* en bas ; de plus, pour la joue, quelques anastomoses viennent du maxillaire inférieur et du plexus cervical.

L'apport essentiel de sensibilité est donné par le sous-orbitaire dont nous anesthésions le tronc dans le canal sous-orbitaire. Il n'est point nécessaire d'agir directement sur le tronc du nasal externe et sur celui du lacrymal. Un barrage le long du nez et un en dehors sont suffisants. De plus, nous anesthésions la paupière supérieure par infiltration suivant le procédé classique.

Produit employé.

Nous utilisons une solution de novocaïne à 4 %, sans addition d'adrénaline. On peut opérer avec un anesthésique moins concentré, dosé à 1 ou 2 %. Mais la solution forte offre cet avantage d'agir plus rapidement ; elle nécessite, pour un effet supérieur, un beaucoup plus faible volume. Elle a toujours été très bien tolérée par les tissus des malades chaque fois que nous l'avons utilisée.

Matériel nécessaire.

Une seringue de deux centimètres cubes est suffisante. Nous aurons sans doute à la recharger une fois au cours de notre anesthésie.

Deux aiguilles sont peut-être nécessaires :

— Une aiguille un peu résistante de deux centimètres et demi, servira pour l'anesthésie du sous-orbitaire.

— Une aiguille plus longue, de 4 centimètres à 4 centimètres et demi, nous servira pour les barrages.

Technique.

L'anesthésie de la cornée et de la conjonctive par 4 à 5 instillations préalables de cocaïne à 4 % est indispensable.

1) Anesthésie du sous-orbitaire

Nous n'avons pas ici à en indiquer la technique. Il faut injecter un centimètre cube de liquide dans le canal sous-orbitaire. Avec un peu d'habitude, on arrive assez facilement à trouver l'orifice de ce canal. Mais, rappelons que, si l'on n'y parvient pas rapidement, il est inutile d'insister et de faire souffrir le malade par des piqûres répétées. Une injection large de novocaïne poussée au contact de l'os dans la région voisine de l'émergence du nerf est suffisante pour donner une bonne insensibilité de la paupière inférieure et de la joue.

2) Barrage interne

Avec notre grande aiguille, nous piquons à un centimètre au-dessus de l'aile du nez, en direction du ligament palpébral interne, et nous infiltrons sur tout ce trajet, de proche en proche, le tissu cellulaire sous-cutané. Les filets nerveux

du nasal externe allant à la joue et à la paupière inférieure sont ainsi barrés. Cette injection traçante, ce barrage peut être remplacé par une anesthésie du tronc du nasal externe au niveau de la poulie du grand oblique. Mais nous obtenons par le barrage une anesthésie plus constante et la technique en est plus facile.

3) *Barrage supérieur ou anesthésie de la paupière supérieure*

La technique en est classique. Nous piquons la peau à un centimètre en dehors et en haut de la commissure externe. Nous faisons à partir de ce point une injection traçante à un centimètre au-dessus du bord libre de la paupière supérieure et sur toute son étendue. Nous allons rejoindre l'extrémité supérieure du barrage interne.

4) *Barrage externe*

Il est inutile de faire une nouvelle piqûre. Nous utilisons la porte d'entrée créée par l'aiguille au moment du barrage supérieur. Quand cette aiguille est presque entièrement retirée, nous la dirigeons, le plus loin possible, dans le tissu sous-cutané, en direction de la commissure labiale, et nous infiltrons de proche en proche.

Grâce à ces deux derniers barrages, nous avons éteint la sensibilité de la paupière supérieure d'une part et d'autre part la sensibilité donnée à la paupière inférieure et à la joue par le lacrymal, le nerf maxillaire inférieur et le plexus cervical.

Il faut attendre quatre à cinq minutes avant de commencer l'intervention. Ceci est important. On a tendance à trop se presser. Le malade souffre et le premier temps de notre opération se fait dans de mauvaises conditions.

L'insensibilité donnée par cette technique est en général

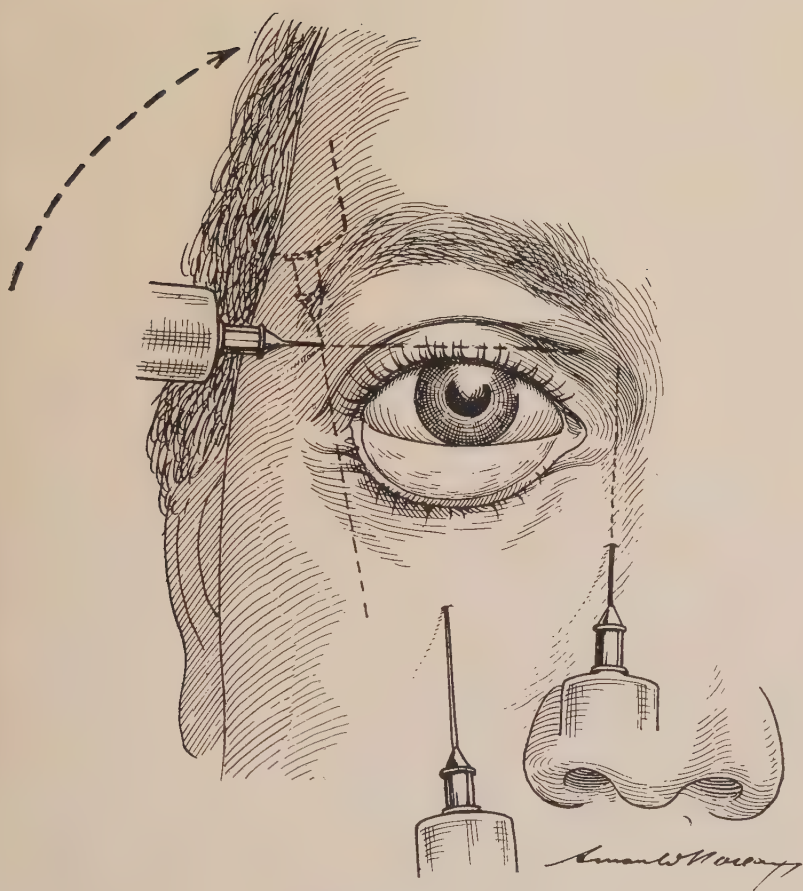


FIG. I. — ANESTHÉSIE RÉGIONALE

- 1) Anesthésie du sous-orbitaire.
- 2) Barrage interne.
- 3) Barrage supérieur.
- 4) Barrage externe.

parfaite. Il arrive parfois, chez certains sujets, qu'il persiste une sensibilité du bord libre des paupières. Dans ce cas, avant de faire la tarsorrhaphie terminale, il y aura intérêt à infiltrer toute l'étendue des deux bords libres palpébraux.

D) TECHNIQUE

PREMIER TEMPS

Il y a donc cinq à six minutes que l'anesthésie est terminée. La région est parfaitement insensibilisée. Nous nous en assurons toujours par quelques piqûres ou quelques pincements qui ne doivent provoquer aucune douleur.

1) *Mise en place des fils directeurs*

Avec une pince à disséquer, nous saisissons la partie interne du bord supérieur de l'ectropion ; le bord supérieur étant cette sorte de crête formée par la conjonctive palpébrale qui perd sa situation normale pour s'éverser. Donc, à un demi-centimètre de l'extrémité interne de ce sommet de l'ectropion, nous passons une soie assez forte. Nous chargeons la conjonctive et une partie du tissu sous-jacent. Il faut charger les tissus largement et profondément, ce sont des tissus assez friables, pathologiques, qui déchirent facilement. Nous avons ainsi un premier fil directeur interne. Nous en mettons un second externe, placé comme le précédent, à un demi-centimètre de l'extrémité externe du sommet de l'ectropion.

Les fils directeurs ne sont pas indispensables. Mais lorsque l'on n'est pas familiarisé avec la technique, ils rendent de grands services. Si nous tirons sur ces deux fils directeurs, la crête de l'ectropion est ainsi très nettement mise en évidence.

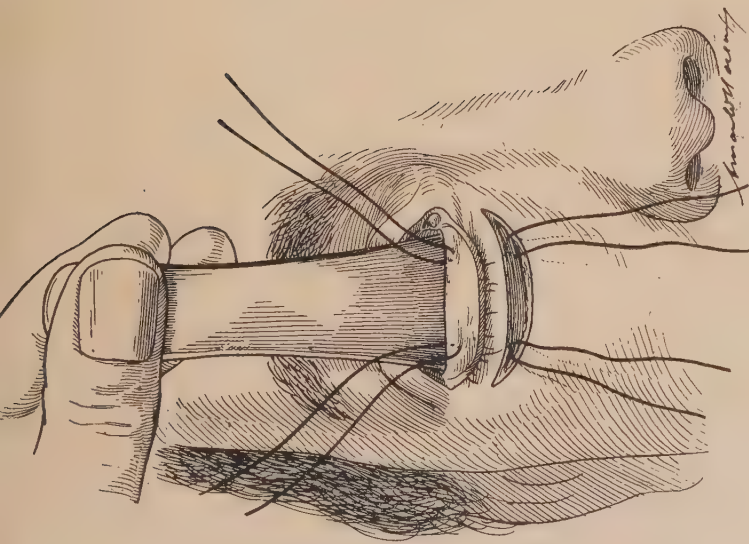


FIG. II. — 1^{er} temps opératoire

- Mise en place de la plaque à paupières,
 - Deux fils directeurs sous-tendent la crête de l'Ectropion.
 - Incision de la peau.
- 2^e temps opératoire
- Deux fils chargent en profondeur le plan musculaire.

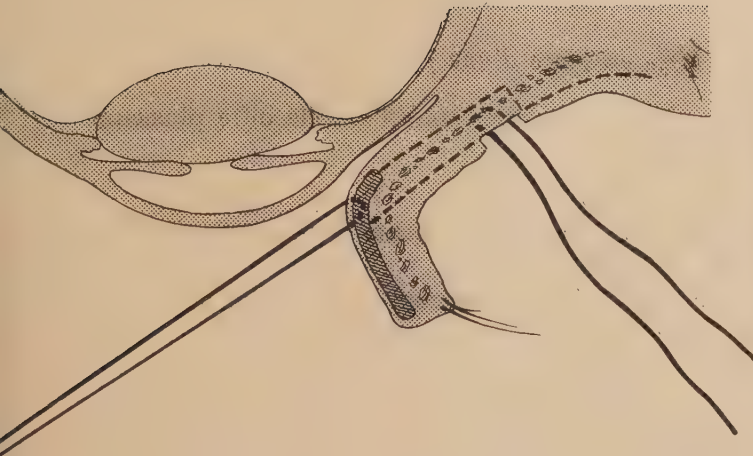


FIG. III. — COUPE VERTICALE

1^{er} et 2^e temps opératoires

Nous avons noté en pointillé la dissection de la lame quadrilatère et de la fosse jugale.

2) *Mise en place d'une plaque à paupières*

La plaque à paupières est très utile. Elle offre plusieurs avantages :

Elle protège le globe oculaire.

Elle indique à travers les téguments l'extrémité inférieure du cul-de-sac conjonctival.

Elle réduit partiellement l'ectropion et facilite de ce fait la bonne mise en place de l'incision de la peau.

3) *Incision de la peau*

Elle doit être parallèle au bord libre de la paupière.

Elle doit avoir une longueur égale à celle de l'ectropion. Si ce dernier est total, elle doit avoir la longueur de la fente palpébrale.

Elle doit siéger à un centimètre environ du bord libre. Sensiblement un peu au-dessus du fond du cul-de-sac conjonctival qui nous est signalé sur la peau par la saillie du bord inférieur de la plaque à paupières. C'est en quelque sorte sur cette saillie qu'il faut inciser.

Elle doit, en profondeur, intéresser les plans superficiels, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Il convient, pour la commodité du temps suivant, de faire bailler cette plaie et, à cette fin, nous donnons quelques coups de bistouri le long des lèvres supérieure et inférieure, de façon à isoler un peu la peau du plan musculaire sous-jacent.

DEUXIÈME TEMPS

Mise en place de 2 fils sur le plan musculaire

Si la plaque à paupières est bien tenue par l'aide, notre incision baille. A un demi-centimètre de son extrémité in-

terne, nous saisissons avec une pince un bourrelet des plans profonds, et nous les chargeons sur un fil. Il faut prendre largement le plan musculaire de la paupière en ayant soin *de ne pas atteindre la conjonctive palpébrale*. A la partie externe de notre incision et dans les mêmes conditions, nous plaçons une seconde soie.

TROISIÈME TEMPS

Dissection d'une lame musculaire : ou lame quadrilatère

C'est le temps important, car plus cette lame, sera résistante, plus nous aurons de chance d'obtenir un bon résultat opératoire. ..

Le rôle de l'aide est considérable. Il doit maintenir la plaque à paupières en place ; il doit tendre en haut les deux fils supérieurs et en bas les deux fils inférieurs. Ces quatre fils délimitent le parallélogramme que nous allons disséquer.

1) *Dissection de la face antérieure de la lame.*

Cette lame doit être constituée anatomiquement par 3 plans ; l'un conjonctif, l'autre musculaire : l'orbiculaire, le troisième conjonctif, celui qui double en arrière le muscle, le séparant du tarse, du septum orbitaire, et du muscle palpébral inférieur.

Donc, au bistouri, nous clivons la paupière dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur toute la longueur de notre incision primitive, et en direction du sommet de l'ectropion que sous-tendent nos deux fils supérieurs. A la partie inférieure de ce plan de clivage, il faut rester très antérieur ; seule la peau doit être en avant du bistouri ; il faut ménager l'épaisseur des plans profonds ; nous en aurons besoin tout à l'heure.

En haut, le plan de clivage doit s'éloigner de la peau, ne pas aller vers le bord libre, mais vers le sommet de l'ectropion. Il ne faut pas craindre de mordre sur le tarse. Au cours de cette manœuvre, nous vérifions facilement si nous opérons dans la bonne direction en imprimant de légères tractions alternatives sur nos fils supérieurs et inférieurs.

Il importe que cette lame soit disséquée largement et dans toute l'étendue de la paupière. On a toujours tendance à ne pas disséquer suffisamment aux extrémités externe et interne.

2) *Dissection du bord inférieur de la lame.*

Ceci est facile. Le bistouri incise tous les plans profonds suivant une ligne horizontale joignant les deux points où sont passés les fils inférieurs. Cette incision doit déborder en dehors et en dedans ces deux points d'un centimètre à un centimètre et demi. Elle doit être aussi profonde que possible s'arrêtant au septum orbitaire, en tous les cas, respectant toujours la conjonctive et son cul-de-sac qu'il ne faut pas ouvrir.

3) *Dissection de la face postérieure de la lame.*

Ce temps opératoire est délicat. Le plan de clivage anatomique est dans la couche cellulaire qui est en avant du septum orbitaire. Mais ce septum peut être entamé sans inconvénient. Ce qu'il faut respecter c'est, en arrière, la conjonctive qui ne doit pas être déchirée, et, en avant, l'épaisseur de notre lame qu'il ne faut pas perforer. Rappelons-nous toujours *qu'elle doit être aussi épaisse que possible.*

Pratiquement, la lame du bistouri étant à plat, la pointe dirigée en haut, nous disséquons lentement suivant un plan strictement parallèle à la face antérieure de notre lame.

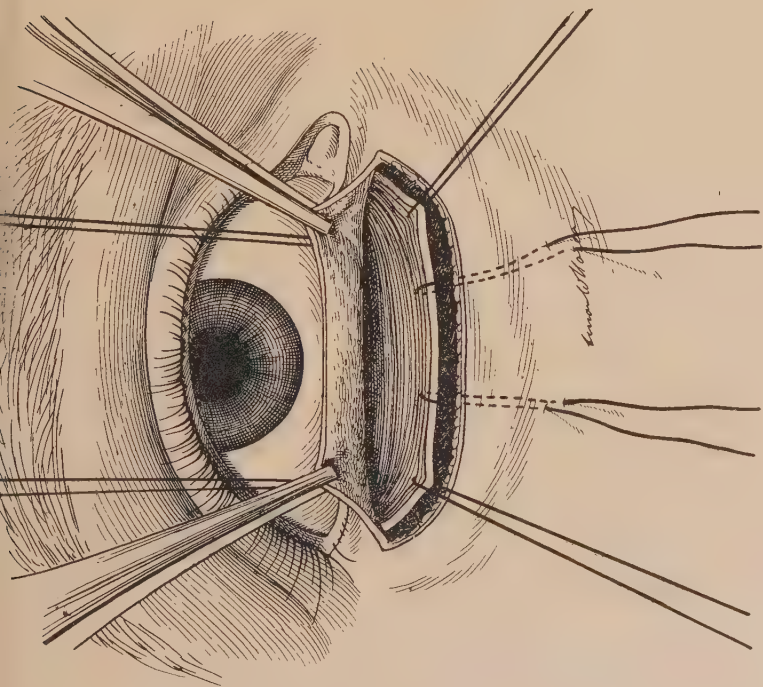


FIG. IV. — 3^e temps opératoire

Dissection de la lame quadrilatère.
Les deux fils centraux inférieurs sont figurés en position de suture.

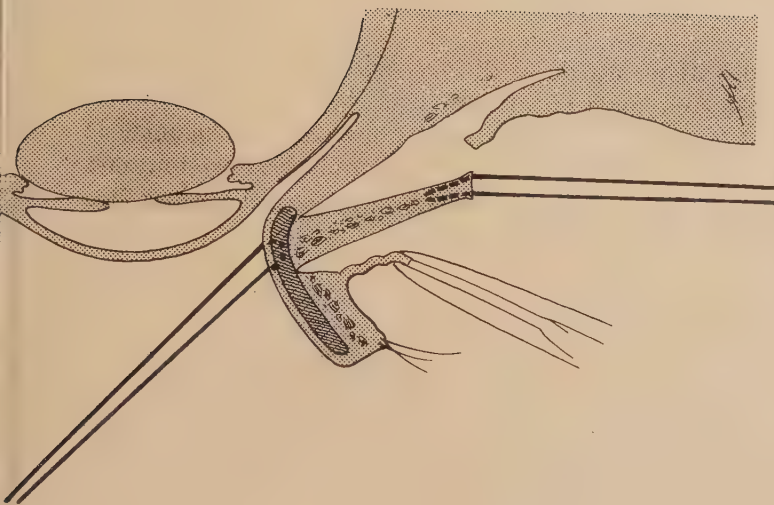


FIG. V. — COUPE VERTICALE

3^e temps : Dissection de la lame quadrilatère en direction de la crête de l'Ectropion.

4^e temps : Dissection de la fosse jugale dans laquelle sera suturée la lame quadrilatère.

L'écueil à éviter est de se diriger, non pas vers le sommet de l'ectropion, mais en arrière, vers la graisse orbitaire. Notre dissection s'arrêtera quand nous aurons rencontré le tarse, près du sommet de l'ectropion qui nous est toujours signalé par nos fils supérieurs. Le tarse peut d'ailleurs être incisé légèrement.

4) *Dissection des bords de la lame.*

Une fois les deux faces bien dégagées, nos quatre fils doivent bien sous-tendre la lame. Il suffit de donner un coup de ciseaux de chaque côté, en dehors des fils inférieurs, sur toute la hauteur de la dissection. Nous avons ainsi obtenu une lame quadrilatère qui n'adhère plus aux tissus avoisinants que par son bord supérieur, répondant là à toute l'étendue de la crête de l'ectropion.

A ce moment, nous pouvons parfaire la dissection en dégageant bien les angles. Si notre lame est bien en place, la traction en bas sur les fils inférieurs doit réduire l'ectropion.

QUATRIÈME TEMPS

Dissection de la peau de la joue

Abandonnons pour un instant notre lame quadrilatère, et portons notre attention vers la lèvre inférieure de notre incision primitive. Là, sur toute sa longueur, nous ferons au bistouri un clivage entre la graisse de la joue et la peau. La profondeur de cette sorte de fosse dépendra de l'importance de l'éversion de notre ectropion ; elle pourra varier d'un demi-centimètre à deux centimètres.

CINQUIÈME TEMPS

Les sutures

La plaque à paupières peut être enlevée.

Suture de la lame musculaire.

Il faut maintenant réduire l'ectropion en attirant son sommet vers le bas. Pour cela, nous allons fixer le bord inférieur de la lame quadrilatère dans le tissu sous-cutané de la peau de la joue.

Les deux fils inférieurs, placés au début de l'intervention, sont toujours en place : ils sont aux extrémités du bord inférieur de notre lame quadrilatère. Nous pouvons, dans l'intervalle de ces deux fils, en placer un troisième et un quatrième, qui, comme les deux premiers, chargent solidement le bord inférieur de la lame.

Les deux chefs de chacun de ces fils vont alors traverser la peau de la joue au fond du clivage créé précédemment. Ils sortiront côte à côte à la face cutanée de la joue. Là, sur un morceau de caoutchouc ou une perle de verre, ils seront serrés plus ou moins fort, jusqu'à ce que soit obtenu sous nos yeux la réduction de l'ectropion.

A ce moment les fils conducteurs fixés au sommet de l'ectropion peuvent être enlevés.

Suture de l'incision.

Quelques points de suture, faits aussi soigneusement que possible, ferment l'incision primitive.

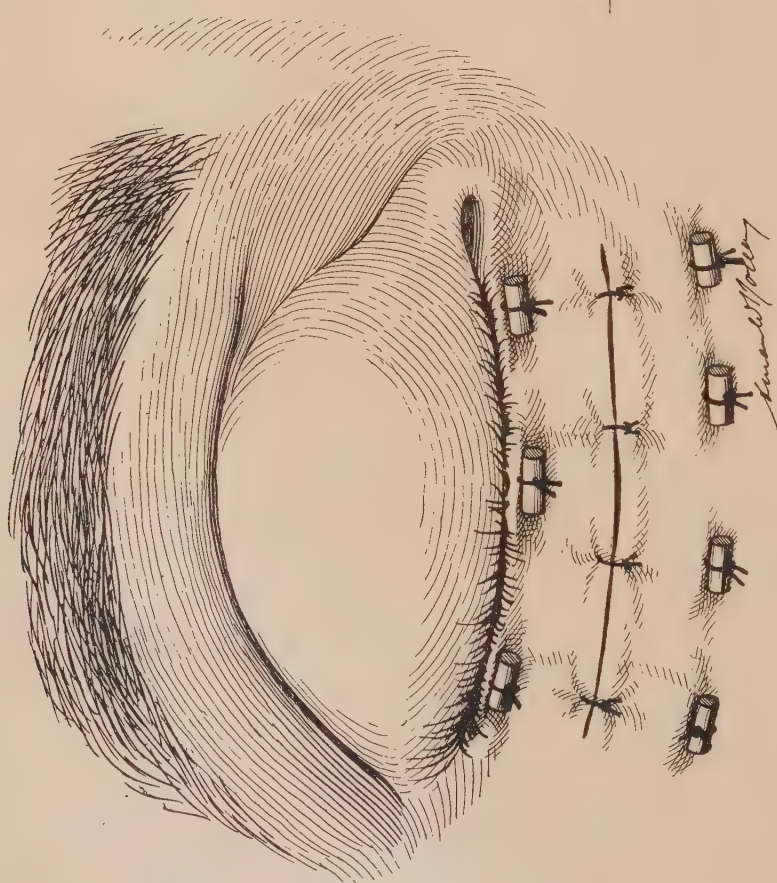


FIG. VI

5° temps :

- 1) Les sutures de l'incision primitive.
- 2) Et des fils abaissant la lame quadrilatère.

6° temps : Tarsorrhaphie

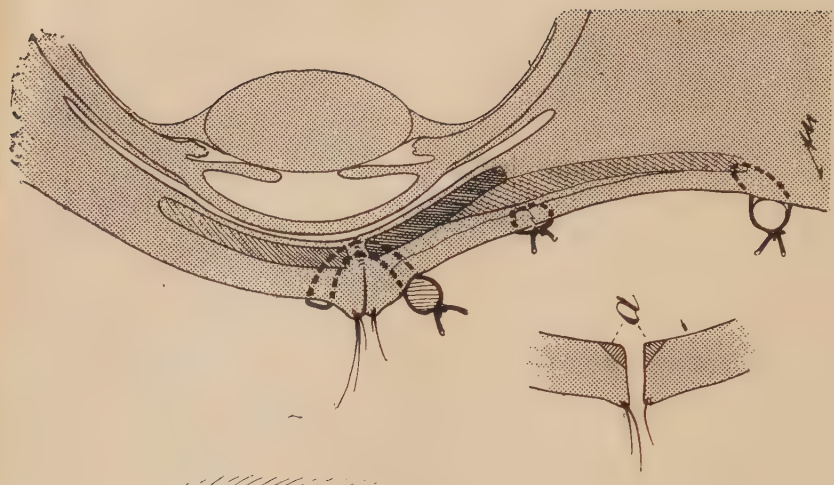


FIG. VII. — COUPE VERTICALE

5° et 6° temps opératoires : Sutures définitives et tarsorrhaphie.

SIXIÈME TEMPS

Tarsorrhaphie

Il importe de fixer la paupière en bonne position et pour celà il faut pratiquer une blépharorrhaphie.

Il est inutile ici d'en indiquer la technique.

Personnellement, nous préférons la pratiquer par simple avivement des bords palpébraux et non par dédoublement.

Elle doit être faite avec grand soin, car, c'est en grande partie de la réussite de ce dernier temps que dépendra le succès opératoire.

Si la tarsorrhaphie lâche dans les quelques jours qui suivent l'intervention, on peut être assuré que l'ectropion se reproduira. Il faut que la paupière inférieure soit maintenue en bonne place pendant la cicatrisation et pendant que se crée dans son épaisseur le nouveau plan fibro-musculaire cicatriciel que nous avons tenté de produire.

C) PANSEMENT

Immédiatement au contact de nos sutures nous mettons une gaze imprégnée de corps gras, sous une rondelle oculaire légère.

Une bande maintient notre pansement.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Nous laissons le malade 24 heures au lit.

Le lendemain, nous ferons le pansement et nous permettrons au malade de se lever.

En général, il y a un peu d'œdème de la région, parfois même une légère ecchymose, ceci ne doit pas nous inquiéter. Ces phénomènes disparaîtront vite.

Dès le troisième jour, si cela est possible, nous supprimons tout pansement sous lequel les sutures ont tendance à macérer et à couper le téguments.

Les fils de la paupière seront enlevés rapidement, vers le cinquième jour.

Ceux de la joue et de la blépharorrhaphie *seront laissés une douzaine de jours.*

La blépharorrhaphie sera ouverte au bout de 15 jours à trois semaines. Il y a intérêt à la laisser assez longtemps en place.

Il faut que le plan fibreux artificiel créé dans la paupière soit aussi bien cicatrisé que possible avant de lui permettre de reprendre sa motilité normale.

La blépharorrhaphie devra rester en place d'autant plus longtemps que les lésions associées de l'ectropion seront plus accentuées.

En effet, la meilleure thérapeutique que l'on puisse oppo-

ser à la conjonctivite c'est de mettre pendant longtemps la conjonctive à l'abri des milieux extérieurs.

Si, après l'ouverture de la tarsorrhaphie, il persiste un peu de rougeur des conjonctives, quelques désinfectants ou quelques lavages des voies lacrymales suivant les cas, complètent le traitement.

Il ne faut pas oublier de continuer le traitement de la cause déterminante de l'ectropion après l'intervention.

Les cicatrices disparaissent après un mois environ.

OBSERVATIONS

Voici maintenant les observations des malades atteints d'ectropion et opérés par notre procédé d'abaissement du faisceau palpébral de l'orbiculaire.

Elles sont au nombre de vingt-et-une.

Les trois dernières se rapportent à des malades opérés par nous au début de cette année à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur TERRIEN.

Les dix-huit premières observations nous ont été aimablement communiquées par le Docteur POULARD. Il s'agit de malades opérés dans son service de l'hôpital Lariboisière. Parmi ces observations certaines étaient très incomplètes ; beaucoup d'opérés avaient quitté le service hospitalier avant que l'on ait pu noter le résultat définitif. La majorité d'entre eux ne revenait plus après l'ouverture de la blépharorraphie. Il n'y avait donc pas grand recul pour juger du résultat.

Nous avons convoqué les malades dont nous avons l'adresse. Plusieurs d'entre eux sont venus, quelques-uns nous ont écrit, et certaines convocations n'ont pas touché leurs destinataires.

En tous les cas, voici l'ensemble de ces observations et le résultat des enquêtes que nous avons faites.

OBSERVATION I

Monsieur A... A., est âgé de 75 ans.

Il raconte que, depuis plusieurs années, il fait des orgelets à répétition sur les paupières des deux yeux. Il a, d'ailleurs, été soigné pour cette affection depuis plusieurs mois à la consultation de Lariboisière. Il n'a pas la moindre trace de sucre dans les urines. Il ne fait pas d'autres accidents de staphylococcémie.

Grâce à la vaccination, il n'a plus d'orgelet depuis plusieurs semaines.

Il entre à l'hôpital le 10 avril 1929.

Depuis plusieurs mois, d'après ce qu'il raconte, ses paupières inférieures s'éversent.

A son entrée, il présente un ectropion bilatéral atteignant toute l'étendue de la paupière inférieure, mais, cependant, peu marqué. Les voies lacrymales sont perméables.

Protocole opératoire : le 11 avril 1929 (Docteur POULARD)

Paupière inférieure œil gauche:

— Incision parallèle au bord palpébral sur deux centimètres allant en profondeur jusqu'au cul-de-sac conjonctival.

— Taille de deux *petits lambeaux pédiculés* amarrés par deux fils à la peau de la joue, de façon que le sommet de l'ectropion soit déprimé.

— Blépharorrhaphie.

Le malade quitte l'hôpital le 24 avril 1929.

Le blépharorrhaphie est ouverte le 13 mai 1929.

Dans la suite, l'œil droit, non opéré fait, à nouveau, des orgelets.

L'œil gauche reste calme.

Revu le 14 décembre 1932 — deux ans et demi après l'opération — la réduction de l'ectropion reste parfaite.

En somme, excellent résultat se maintenant après deux ans et demi.

OBSERVATION II

Monsieur P... P., âgé de 67 ans, rentre dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière, le 25 novembre 1920 pour un ectropion de la paupière inférieure de l'œil droit. Il s'agit d'une éversion complète du bord libre.

Le 25 novembre 1920, cet ectropion est opéré par une intervention comprenant une résection du tarse, il s'agit d'un procédé intermédiaire au Symanowski et au Terson.

Dans la suite, l'ectropion se reproduit.

En décembre 1920 :

Les deux yeux sont alors opérés par résection en chicane de la muqueuse et du tarse de la paupière inférieure.

Mais dans la suite, l'ectropion a tendance à se reproduire des deux côtés.

Protocole opératoire. — En juin 1929, O. G.
(Docteur POULARD)

— Incision de la paupière inférieure à 5 mm. du bord libre.

— Dissection dans la profondeur de deux lamelles attendant au cul-de-sac ectropionné : fixation des deux languettes à la peau sur drain de caoutchouc.

— Blépharorrhaphie externe.

En juillet 1929 : on ouvre la blépharorrhaphie, le bord palpébral est en place.

En somme : échec des techniques visant au raccourcissement du bord libre.

Il aurait été intéressant de voir plus tard le résultat de l'intervention pratiquée par le Docteur POULARD.

Nous n'avons pas pu joindre le malade.

OBSERVATION III

Monsieur V... Ch., a 59 ans.

Il entre à Lariboisière en février 1930. Il est porteur à droite d'un ectropion important de la paupière inférieure.

Cette paupière est particulièrement flasque.

Protocole opératoire : le 21 février 1930

Il est simplement noté : technique du Docteur POULARD.

Ce malade répond à notre convocation.

Il nous est donné de juger du résultat le 20 février 1937 : le bord libre est en place, il n'existe pas la moindre cicatrice. C'est à peine si la paupière est un peu plus flasque qu'une paupière normale.

En somme : *excellent résultat durable après 7 ans.*

OBSERVATION IV

Madame L... A., est âgée de 76 ans.

Le 2 avril 1930, elle fait un ictus.

Quand on l'examine, le 14 mai 1930, à droite, elle présente un ectropion paralytique sur lequel on pratique une

blépharorrhaphie médiane. A gauche, il existe un entropion spasmodique.

Cet entropion de la paupière inférieure de l'œil gauche est opéré le 12 juin. Pour cela, on emploie le procédé de POULARD et MICHAUD. Le septum orbitaire est élevé jusqu'au bord palpébral.

Les jours suivants, il existe une hypercorrection qui va s'exagérant et le 3 juillet 1930, il faut réintervenir pour corriger cet ectropion.

Protocole opératoire : le 3 juillet 1930 (Docteur POULARD)

— Incision à quelques millimètres du bord palpébral.

— On sectionne des brides fibreuses organisées dans le tissu sous-cutané et rétractant le bord palpébral.

— On dissèque une lame dans l'épaisseur de la paupière et on l'abaisse dans la peau de la joue.

— Blépharorrhaphie médiane, sutures.

Le 10 juillet, on enlève les fils. La blépharorrhaphie tient bien.

Le 6 octobre, on revoit la malade, la tarsorrhaphie a été ouverte dans l'intervalle. La cicatrice est parfaite, le bord ciliaire est en bonne position.

En somme, trois mois après l'intervention, le résultat est parfait.

OBSERVATION V

Monsieur A... P., est âgé de 53 ans.

Il entre à Lariboisière le 4 mars 1931, porteur d'un ectropion total de l'œil gauche. Les voies lacrymales sont perméables. L'œil a été désinfecté depuis plusieurs jours par un collyre au sulfate de zinc.

Protocole opératoire : 5 mars 1931 (Docteur POULARD)

— Incision de la paupière parallèle au bord ciliaire à quatre millimètres de ce dernier.

— Confection de trois lambeaux sous-conjonctivaux (?) espacés.

— Correction de l'ectropion par la traction exercée sur ces lambeaux suturés dans le tunnel fait sous la lèvre inférieure de l'incision.

— Blépharorrhaphie partielle externe.

Le 10 mars 1931 : ablation des fils de la paupière inférieure.

Le 16 mars 1931 : ablation des fils de la blépharorrhaphie.

Le 5 mai 1931 : ouverture de la blépharorrhaphie. Bon résultat.

Nous voyons le malade le 25 février 1937. Le bord ciliaire est parfaitement en place. Mais il persiste du larmolement ; les voies lacrymales sont imperméables.

Le patient nous dit être très heureux du résultat.

En somme : on peut considérer qu'il s'agit là d'une réussite opératoire se maintenant après 6 ans.

OBSERVATION VI

Monsieur L... S., est âgé de 41 ans.

Il est porteur d'un ectropion très accentué de l'œil droit, il larmoie ; les voies lacrymales sont perméables.

Protocole opératoire : le 2 juillet 1931

Technique du Docteur POULARD avec blépharorrhaphie.

Le résultat n'est pas noté sur l'observation et le malade n'a pas répondu à notre convocation.

OBSERVATION VII

Monsieur C... A., 75 ans.

Il entre à Lariboisière le 1^{er} juillet 1931.

Il présente un ectropion sénile de la paupière inférieure de l'œil droit. Cet ectropion est modéré. Le point lacrymal et la partie voisine du bord palpébral sont éversés. Il existe un eczéma sec de la peau au voisinage du bord palpébral. Il y a également un suintement conjonctival important. Les voies lacrymales sont perméables.

L'eczéma a été traité par des applications de pommade.

Protocole opératoire : le 9 juillet 1931 (Docteur POULARD)

— Incision linéaire à cinq millimètres au-dessous du bord palpébral.

— Taille d'un lambeau profond musculo-aponévrotique ayant sa base au niveau du sommet de l'ectropion et qu'on fixe par deux fils en U noués sur des perles à la peau de la joue.

Le 13 juillet 1931 : ablation des fils de la suture linéaire.

Le 17 juillet 1931 : ablation des fils noués sur des perles.
Résultat correct.

Le 15 décembre 1931 : on revoit le malade. La paupière inférieure est en bonne place, l'eczéma est guéri.

Notre convocation n'a pas joint Monsieur C... A.

En somme, après six mois, les lésions secondaires sont guéries et l'ectropion reste réduit.

OBSERVATION VIII

Monsieur D... M., est âgé de 58 ans.

Il entre à l'hôpital le 2 février 1932 pour un ectropion de la paupière inférieure droite.

Il s'agit d'une eversion de toute l'étendue du bord palpébral sur une hauteur de 2 à 3 millimètres. Le point lacrymal est intéressé. Il existe un gros larmolement. Les voies lacrymales sont perméables.

Protocole opératoire : le 4 février 1932 (Docteur POULARD)

— Incision horizontale parallèle au bord palpébral à cinq millimètres au-dessous de lui.

— Dissection des lèvres de l'incision. On crée quatre pédicules cellulo-musculaires à intervalles réguliers exerçant une traction sur le sommet de l'ectropion et adhérents à ce niveau.

— On fixe ces pédicules séparément par des points en U noués sur une perle à la peau à un centimètre environ au-dessous de la lèvre inférieure de l'incision (de manière à mettre le bord palpébral en position correcte).

— Blépharorrhaphie médiane.

Le malade quitte l'hôpital le 13 février 1932.

On le revoit le 12 avril 1932 : l'ectropion a tendance à se reproduire. Le 7 juillet 1932, il se reproduit.

Nouvelle intervention. — Deux fils traversent le sommet de l'ectropion pour le mobiliser. Incision parallèle au bord libre à 4 mm.

— Deux fils sont placés dans le cul-de-sac conjonctival de dedans en dehors afin de l'attirer vers le bas sur un tissu résistant au voisinage du rebord orbitaire.

— Dans cette position, on place 3 fils. Chaque fil est repassé deux fois au travers du cul-de-sac de dehors en dedans.

— On noue les fils dans le cul-de-sac sur une perle. On enlève tous les autres fils d'attente.

12 juillet : ablation des fils cutanés et d'un fil noué sur une perle dans le cul-de-sac.

15 juillet 1932 : ablation des deux autres fils du cul-de-sac. La paupière est en place.

En décembre 1932 : l'ectropion a tendance à se reproduire.

En somme, nous notons un échec malgré la retouche opératoire.

OBSERVATION IX

Monsieur L... F., est âgé de 69 ans.

Le malade a une cataracte de l'œil droit avec myopie forte et choréïdite. De plus, l'œil gauche est amblyope et atteint de strabisme divergent.

A droite, en plus de la cataracte, existe un kyste sébacé de la paupière inférieure et un *ectropion important*. Les voies lacrymales sont perméables. Il faut donc opérer l'ectropion et guérir le larmolement avant d'enlever la cataracte.

Le 9 juin 1932 : on enlève le kyste et on pratique des raies de feu sur la conjonctivite palpébrale inférieure.

Mais l'ectropion persiste.

Le 23 juin 1932 : protocole opératoire. Docteur POULARD.

— Incision parallèle au bord libre à 3 mm.

— On dissèque une lame fibreuse faisant traction sur le sommet de l'ectropion.

— On en fixe le bord inférieur par quatre fils que l'on amarre un centimètre plus bas sur des perles.

Le 29 juin 1932 : ablation des fils.

Le 2 décembre 1932 : le malade est revu.

Son ectropion est totalement guéri. Mais, étant donné l'augmentation des lésions de choréïdite, on ne l'opère pas de sa cataracte.

En somme, après six mois, malgré l'absence de tarsorrhaphie au moment de l'opération, il y a un excellent résultat.

OBSERVATION X

Madame C.... C., a 56 ans.

La paupière inférieure de l'œil gauche est éversée largement. Le point lacrymal est intéressé. L'œil pleure beaucoup, mais les voies lacrymales sont perméables.

Protocole opératoire : O. G. : 11 mai 1933
Docteur POULARD

— Incision à deux millimètres du bord palpébral et parallèle à ce dernier.

— 4 fils de traction dans le tissu cellulaire tirant sur la conjonctive tarsienne inférieure vers le bas sont noués sur un petit bourdonnet en papier.

— Blépharorrhaphie : 3 fils.

Suture de l'incision.

Le 18 mai : ablation des fils.

Le 15 juillet 1933 : ouverture aux ciseaux de la blépharorrhaphie.

Le 11 septembre 1933 : la malade est revue. Son bord ciliaire est parfaitement en place. Elle présente une ulcération de la cornée sans rapport, semble-t-il, avec son ancienne malformation palpébrale.

Le 1^{er} février 1936 : elle est opérée une deuxième fois pour

son ectropion. Il semble s'agir d'une légère retouche (raies de feu) ; le protocole opératoire n'est pas noté sur l'observation.

Nous avons demandé à la malade de venir nous voir. Elle nous écrit qu'elle ne peut se déranger, mais qu'au total, elle est enchantée du résultat définitif.

En somme, après quatre ans, grâce à une retouche légère, le résultat est bon.

OBSERVATION XI

Monsieur S... P., a eu un accident, une blessure de la paupière inférieure droite. Il existe un ectropion où l'élément rétraction est moins important que l'élément atonique.

Les voies lacrymales sont difficilement perméables.

Protocole opératoire : 18 mai 1933. Docteur POULARD

— Anesthésie locale.

— Incision parallèle au bord palpébral.

— Libération des tissus cicatriciels. Taille d'un lambeau sous-tendant le sommet de l'ectropion, on abaisse le lambeau.

— Fils d'affrontement. Blépharorrhaphie.

Le 24 mai 1933 : ablation des fils.

Nous revoyons le malade le 22 février 1937. Par négligence, il a omis de faire ouvrir complètement la blépharorrhaphie. Mais son bord ciliaire est parfaitement en place. Il persiste un larmoiement qui semble dû à la lésion traumatique initiale des voies lacrymales.

En somme, après plus de six ans, le malade se montre très content du résultat donné par l'intervention.

OBSERVATION XII

Madame B..., J., a 68 ans.

Elle est porteuse d'un ectropion considérable de l'œil droit et d'un chalazion de cette même paupière inférieure.

Le chalazion est enlevé le 4 juillet 1933 ; la cicatrisation se fait parfaitement. Mais l'ectropion persiste ; les voies lacrymales sont perméables.

Protocole opératoire : le 20 juillet 1933. Docteur POULARD

— Incision cutanée à distance du bord libre.

— Libération des brides agissant sur le cul-de-sac (?).

Trois fils.

— Suture autour d'un petit rouleau.

— Blépharorrhaphie externe.

Les suites opératoires ne sont pas notées sur l'observation.

Nous revoyons la malade en février 1937. L'ectropion est nettement reproduit, moins intense, cependant, qu'avant l'opération.

En somme : un échec.

OBSERVATION XIII

Monsieur J... N., est âgé de 75 ans.

Notre malade présente un ectropion bilatéral évoluant depuis dix ans, ayant débuté par un larmolement important.

Actuellement des deux côtés, il s'agit d'un ectropion important total. La conjonctivite est hyperplasiée et d'aspect violacé. La paupière est très flasque. Les voies lacrymales sont perméables.

Intervention : œil gauche : le 17 novembre 1934
(Docteur POULARD)

— Incision parallèle au bord palpébral.

— Dissection d'une lame en direction du sommet de l'ectropion.

Abaissement de cette lame suturée à la peau à un centimètre au-dessous de l'incision primitive.

— Blépharorrhaphie.

Le 26 novembre : le malade va bien.

Le 10 décembre : on ouvre la tarsorrhaphie.

La réduction est parfaite.

Le 19 décembre 1934 : le malade quitte l'hôpital ; la paupière inférieure droite est en place. Le larmoiement a beaucoup diminué.

En somme, un mois après l'intervention, la réduction de l'ectropion est parfaite. Mais le malade n'a pas été revu plus tard.

OBSERVATION XIV

Monsieur B... Th., a 71 ans.

Le 8 novembre 1935, il entre à Lariboisière. Il s'agit d'un énorme ectropion du côté gauche ; la conjonctive éversée est très atteinte.

Soins de désinfection pendant 8 jours.

Le 16 novembre : opération.

Protocole opératoire : Docteur POULARD

— Incision palpébrale.

— Dissection d'une lame de tissu sous-conjonctival.

— On amarre cette lame par quatre fils dans la lèvre inférieure de l'incision cutanée.

— Blépharorrhaphie médiane.

Suites opératoires normales à la date du 12 janvier 1936 ; le malade est très content du résultat obtenu.

La lettre convoquant le malade à venir nous montrer le résultat actuel ne l'a pas joint.

En somme, bon résultat vérifié après deux mois.

OBSERVATION XV

Monsieur L... A., est âgé de 46 ans.

Il entre à Lariboisière le 21 novembre 1934 porteur d'un très important ectropion de la paupière inférieure droite.

Il raconte que l'affection évolue depuis plusieurs années. Il y a six mois, on lui a fait des raies de feu.

Protocole opératoire : le 22 novembre 1934

Docteur POULARD

— Abaissement du sommet de l'ectropion par une lame cellulo-musculaire fixée en bas sous la peau.

Le 26 novembre 1934 : ablation des fils cutanés.

Le 5 février 1935 : la paupière est bien en place.

Le 21 mai 1935 : la réduction se maintient.

Le 20 février 1937 : nous avons convoqué le malade.

La paupière est en bonne place quoiqu'un peu flasque. Le malade est enchanté de ce résultat durable.

En somme, échec des raies de feu. Et résultat excellent se maintenant après deux ans et demi.

OBSERVATION XVI

Madame D... T., 75 ans.

Elle entre à Lariboisière le 31 mai 1935. Elle est porteuse d'ectropion bilatéral. Mais l'ectropion est surtout marqué du côté gauche. De ce côté existe également une cataracte et un léger degré d'exophtalmie.

Protocole opératoire : 1^{er} juin 1935. (Docteur POULARD)

- Incision cutanée parallèle au bord libre.
- On taille une languette fibreuse.
- Trois fils amarrent plus bas cette languette fibreuse.
- Blépharorrhaphie.

Le 8 juin : ablation des fils.

Le 30 août 1935 : le dernier coup de ciseaux est donné à la blépharorrhaphie. Guérison complète. Excellent résultat.

La malade est décédée en février 1937. Sa famille nous apprend que l'œil opéré ne gênait plus la malade.

En somme, bon résultat après un an et demi.

OBSERVATION XVII

Monsieur P... A., 60 ans.

Il entre dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière le 22 août 1935.

La paupière inférieure de l'œil gauche est le siège d'un très important ectropion. Il existe un gros larmolement. Les voies lacrymales sont perméables. Le malade est diabétique.

Protocole opératoire : le 24 août 1935. (Docteur POULARD)

— Incision palpébrale inférieure à cinq millimètres environ sous le bord libre de la paupière.

— Dissection d'un plan préconjonctival tenant au sommet de l'ectropion.

Cinq fils sont fixés à ce plan et passés dans la peau du lambeau (?) inférieur largement disséqué.

— Blépharorrhaphie médiane.

Les suites opératoires ne sont pas notées sur l'observation.

Mais le malade est revu le 30 octobre 1935 ; à ce moment la blépharorrhaphie a été ouverte. La réduction de l'ectropion est parfaite ; le bord ciliaire est en bonne place.

En somme, excellent résultat persistant après deux mois.

OBSERVATION XVIII

Monsieur V... L., est âgé de 52 ans.

Il entre le 7 décembre 1935 dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière. Il présente un ectropion de la paupière inférieure de l'œil gauche. Cet ectropion est léger, surtout marqué en dedans, au niveau du point lacrymal.

Protocole opératoire : le 7 décembre 1935

Procédé du Docteur POULARD avec blépharorrhaphie.

Le malade quitte l'hôpital le 17 décembre 1935 allant bien.

Pas de résultat.

OBSERVATION XIX

Monsieur L..., est âgé de 54 ans.

Il vient consulter pour un ectropion de la paupière inférieure droite qui s'est constitué progressivement depuis deux ans. A cette époque, le malade dit avoir eu un petit bouton sur la paupière inférieure qui aurait été enlevé par cautérisation.

Il y a un an, on intervient sur l'ectropion. Il semble s'agir d'un procédé de Kuhnt-Zimanowski. Cette intervention n'a eu aucun résultat définitif puisque le malade vient un an après avec un ectropion reformé.

Les voies lacrymales sont perméables. Il y a, cependant, un larmolement intense, et la conjonctive est hyperplasiée.

On intervient le 18 janvier 1937.

Protocole opératoire

— Incision de la paupière inférieure parallèle au bord libre à 8 mm. de celui-ci.

— Dissection d'une lame musculo-fibreuse que l'on fixe dans la peau de la joue.

— Blépharorrhaphie.

Le 21-1-37 : on constate un léger œdème de la région.

Le 23-1-37 : tout œdème a disparu.

Le 25-1-37 : on enlève les fils de l'incision.

Deux jours après, on enlève les fils inférieurs et ceux de la blépharorrhaphie.

Celle-ci est maintenue encore une semaine et est ouverte le 6 février 1937.

Le malade revient le 10 février ; on peut constater la

bonne réduction de l'ectropion et une sensation cartonnée donnée par la palpation de la paupière inférieure.

Le 15 mars : le malade est revu. Le bord ciliaire est très bien en place.

En somme, très bon résultat immédiat.

OBSERVATION XX

Monsieur D... a 65 ans ; il a été victime d'un accident de travail le 15 décembre 1936 : il reçoit de la poussière de charbon dans l'œil droit et fait un abcès de la cornée qui guérit en une dizaine de jours.

Mais un ectropion s'est produit très rapidement ; les voies lacrymales sont perméables. L'ectropion n'ayant aucune tendance à se réduire spontanément malgré la guérison de la lésion cornéenne, nous tentons la cure de l'ectropion le 26 janvier 1937.

Protocole opératoire

— Incision de la paupière inférieure parallèle au bord libre.

— Dissection d'une lame musculo-celluleuse que l'on fixe dans la peau de la joue,

— Tarsorrhaphie.

Le 17 février 1937 : ouverture de la blépharorrhaphie.

Le 20 février : le résultat est excellent. La paupière inférieure est comme cartonnée, très résistante. Il n'y a plus de larmolement.

En somme, excellent résultat immédiat.

OBSERVATION XXI

Monsieur S.. est âgé de 66 ans. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 28 janvier 1937. Mais nous le suivons déjà depuis un mois. Il nous raconte qu'il est gêné depuis 10 ans par un larmolement qui va progressivement en s'exagérant.

Actuellement les deux yeux sont atteints d'ectropion lacrymal. En effet, l'éversion est surtout interne.

Les voies lacrymales sont imperméables des deux côtés. Le malade nous apprend qu'il a fait jadis une très importante chute sur la face.

Un examen du nez pratiqué par le Docteur QUIRIN nous apprend qu'il s'agit d'une large perforation de la cloison nasale due au traumatisme ancien.

L'ectropion de l'œil droit était plus accentué que celui du côté opposé, nous commençons le traitement de ce côté.

Le Docteur MARÉCHAL pratique une stricturotomie du côté droit au début de janvier et passe régulièrement des sondes. Ce n'est que lorsque les voies lacrymales sont perméables que nous entreprenons la cure de l'ectropion.

Protocole opératoire

Le 28 janvier 1937 l'intervention est pratiquée par nous-même.

— Incision de la paupière inférieure parallèle au bord libre.

— Dissection d'une lame musculo-fibreuse que l'on fixe à la peau de la joue.

— Tarsorrhaphie.

Le 10 février : ouverture de la tarsorrhaphie — la réduction est bonne.

Le 20 février, nous constatons la tendance à l'éversion du point lacrymal ; mais les voies lacrymales sont à nouveau imperméables.

En somme il s'agit d'un échec.

Cet échec semble dû à ce fait que nous n'avons pas guéri l'élément causal secondaire et l'ectropion : l'imperméabilité des voies lacrymales.

RÉSULTATS

De la lecture de ces observations, nous allons retenir le flottement de la mise au point de notre technique.

Le principe est toujours identique à lui-même, mais les détails d'exécution sont variables.

C'est ainsi qu'au début, dans les premières années : 1929 et 1930, le Docteur POULARD taillait, au lieu d'une lame quadrilatère, des languettes isolées les unes des autres. Les résultats furent tout de même satisfaisants. *

Parmi les échecs, il faut noter un cas où il ne fut pas disséqué de lame ou de languettes, mais où l'on se contenta de tenter un abaissement de l'orbiculaire par des fils de soie ; ce n'était, en quelque sorte, que la modification du procédé de Snellen. Ceci semble prouver que le facteur important de réussite est, non pas la réduction immédiate de l'ectropion, mais la création d'un plan fibreux cicatriciel maintenant cette réduction.

Nous venons de rapporter vingt-et-une observations.

Deux fois le résultat n'a pas été noté et nous n'avons pas pu joindre les malades. Il nous est impossible de savoir si l'intervention a créé un redressement esthétique et un soulagement fonctionnel. Car, en somme, ce sont là les deux résultats que doit chercher à atteindre toute intervention pour ectropion sénile.

Trois fois, nous pouvons conclure à un échec.

Nous venons de parler d'un de ces échecs : l'orbiculaire n'a été abaissé que par une simple suture sans dissection préalable. Nous avons dit comment nous interprétions ce mauvais résultat.

L'observation XII se termine par une récurrence constatée après quatre ans. De l'autre côté la paupière a tendance à s'éverser. Dans l'ensemble, la malade a des tissus très lâches. Mais, nous n'avons pas d'excuse valable.

Le troisième échec est celui de notre dernière observation. Il s'agit d'un ectropion secondaire à un larmolement. Ce larmolement est dû à l'imperméabilité des voies lacrymales. Ce sont des obstacles osseux liés à une fracture des os du nez. La stricturotomie et les sondages avaient rétabli la perméabilité avant l'intervention. Mais, après l'ouverture de la blépharorrhaphie, le larmolement persiste ; le canal lacrymal est à nouveau obstrué et l'ectropion a tendance à se reformer. N'ayant pas guéri la cause secondaire de l'ectropion, nous ne l'avons pas guéri lui-même.

Ces trois observations prouvent donc que notre procédé n'est pas infallible.

Il nous reste seize observations. Nous considérons comme de bons résultats ces seize cas.

Malheureusement, ce ne sont pas toujours des résultats éloignés.

Huit fois ce bon résultat est constaté à l'ouverture définitive de la blépharorrhaphie, c'est-à-dire deux à trois mois après l'intervention. A cette date le bord ciliaire est bien en place et le malade se montre soulagé. Aussi, ne revient-il plus se faire examiner. Cette absence de retour à la consultation prouve peut-être qu'un bon résultat définitif a été obtenu. Sans cela, le malade serait venu se plaindre de la récurrence et demander un nouveau traitement.

Huit fois, il s'agit de résultats heureux constatés tardivement après plus de six mois. Nous avons revu personnel-

lement beaucoup de ces malades qui avaient été opérés plusieurs années auparavant. Le résultat esthétique n'est pas toujours absolument parfait ; la paupière inférieure paraît parfois un peu flasque ; mais elle n'est jamais éversée. Il n'existe plus de trace de l'intervention, et, un œil exercé arrive à peine à deviner les sièges de l'incision et des suture.

En tous cas, le résultat fonctionnel est toujours excellent. Tous les malades se montrent ravis du soulagement que l'opération leur a procuré. Ils pleuraient, ils souffraient, leur œil était très laid ; maintenant ils ne sont plus gênés. Tous ceux que nous avons vus se plaisent à affirmer qu'ils sont infiniment mieux qu'auparavant.

Certains de ces résultats portent sur plusieurs années — sur sept et six ans — on peut donc les considérer comme définitifs. En effet, nous avons pu constater à l'occasion de cette enquête sur les ectropions que les récidives se produisent, en général, dans les six premiers mois, quel que soit, d'ailleurs, le procédé opératoire. Un ectropion opéré qui reste bien réduit après six mois doit le rester définitivement. Nous avons donc huit cas où ce résultat a été obtenu. Ceci est d'autant plus intéressant que cinq de ces malades avaient déjà été opérés par d'autres procédés, soit par raies de feu, soit par raccourcissement du bord libre et du tarse. Pour chacun d'eux notre technique a apporté une réduction parfaite se maintenant après deux ans au moins.

L'examen suivi post-opératoire des trois derniers malades que nous avons opérés nous a montré le fait suivant.

Dans les semaines et les mois qui succèdent à l'intervention, la palpation de la paupière inférieure met en évidence une rigidité, un cartonnage des tissus. On a l'impression que l'on a vraiment créé un plan résistant dans la paupière.

Les examens plus tardifs montrent que ce cartonnage s'atténue progressivement pour disparaître après six mois.

C'est au moment où il s'efface que l'ectropion peut se reproduire. Mais, si la paupière est redevenue souple et, si le bord ciliaire est en place, on peut dire que ce dernier a bien des chances de rester définitivement dans cette position normale.

On peut dire que le résultat définitif est acquis quand la paupière inférieure a repris sa souplesse normale.

En somme, nos résultats se résument ainsi : vingt-et-un malades opérés :

- Deux résultats demeurés inconnus.
- Trois échecs.
- Huit résultats satisfaisants constatés précocement.
- Huit bons résultats constatés après plus de six mois.

CONCLUSIONS

1. — Le principe de notre technique opératoire des ectropions séniles vise à l'abaissement du faisceau palpébral de l'orbiculaire.

Cet abaissement a deux buts :

a) Réduire l'éversion du bord libre en attirant en bas le sommet de l'ectropion.

b) Maintenir cette réduction par la création dans la paupière inférieure d'un plan cellulo-musculaire cicatriciel résistant.

2. — Notre opération ne s'adresse pas à tous les cas d'ectropions séniles. Les cas légers sont parfaitement guéris par des méthodes plus simples.

3. — Elle s'adresse avant tout aux ectropions considérables et totaux.

Elle a donné de bons résultats durables alors que d'autres procédés avaient échoué.

4. — Il est inutile de la tenter avant d'avoir traité les lésions secondaires causales de l'ectropion (larmoiement, conjonctivite, etc...).

5. — Le temps opératoire important est la dissection large et soigneuse de la lame quadrilatère.

6. — Il est capital de faire une tarsorrhaphie et de la laisser le plus longtemps possible en place.

7. — Notre technique n'est pas infaillible.

8. — On peut considérer que le résultat définitif est acquis après six mois, c'est-à-dire quand le bord ciliaire étant en place, la paupière a retrouvé sa souplesse normale.

9. — Cette méthode opératoire est pratiquée depuis plus de huit ans. Elle a donné d'excellents résultats.

VU : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

VU : *Le Président de la Thèse,*
A. TERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER (G.-F.). — Operation for aggravated ectropion. (*Tr. Ophth. Soc. U. Kingdom*, 50 : 167, 1930).
- ARGYLL-ROBERTSON. — *The Edinburgh clinical and pathologie*, déc. 1883 : Une nouvelle opération pour l'ectropion.
- AXENFELD. — *Société allemande d'ophtalmologie*, session d'Heidelberg, août 1907 : Extirpation du Tarse dans l'opération de l'Ectropion d'origine blépharique.
- BERGMANN. — Operative behandlung des durch chronische Blephontis emtstondemon ektropinnes. (*Berlin*, 1906).
- BEST. — *Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde*, décembre 1907 : Opération d'Ectropion.
- BICHELONNE. — Disparition par la prothèse d'un ectropion très accusé de la paupière inférieure. (*Bull. et Mém. Soc. Franç. d'Ophth.*, 43 : 507-509, 1930).
- BIRCH-HIRSCHFELD (Koenigsberg). — *In Klinische Monatsblätter für Augenheil kunde*, juillet 1921 : Une opération simple de l'Ectropion paralytique et spasmodique (Croisement d'un faisceau de l'orbiculaire).
- BLANCO. — *Société d'Ophtalmologie Hispano-Américaine*, Congrès de Madrid de mai 1905 : Des indications que doit remplir un nouveau procédé opératoire pour la correction de l'ectropion atonique ou sénile.
- BLASKOVICS. — *Zeithschriff für Augenheilkunde*, octobre 1922, vol. II, N° 1.

- BOUCHERON. — *Congrès d'Ophtalmologie de Paris*, séance du 7 mai 1888 : Tarsectomie dans l'ectropion sénile.
- BOURGEOIS. — *Recueil d'Ophtalmologie*, mai 1909 : Double rôle de l'opération de l'ectropion par le procédé de A. TERSON.
- CASTORANI. — *Brochure éditée à Naples, 1884 : Méthode sur la cure de l'Ectropion*.
- CASTRESANA. — *Société Ophthalmologique Hispano-Américaine*, Assemblée annuelle, Madrid 1907 : Ectropion très prononcé des deux paupières de l'œil droit.
- CHRONIS. — *Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde*, tome 71, juillet-décembre 1923 : Nouveau traitement du trichiasis et de l'ectropion de la paupière inférieure.
- CRAMER. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*, juin 1911 : Nouvel emploi de l'opération de Kuhnt dans l'ectropion palpébral.
- DEHOGUES (J.-L.). — Consideraciones sobre algunos casos de ectropion del parpado inferior. (*Cron Med. Quir de la Habana*, 61 : 601-603, déc. 1936).
- DELORD, COLIN, DEJEAN. — Ectropion, le procédé en vanne de Truc. (*Arch. d'Opht.*, 51 : 763-774, déc. 1934).
- DUVERGER. — *Archives d'Ophtalmologie*, juin 1929, p. 321 : Ectropion et Ectropion sénile.
- DUVERGER et VELTER. — Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique.
- FRANÇOIS (Jules). — *Archives d'Ophtalmologie*, décembre 1933 : L'ectropion inflammatoire et son traitement par l'excision tarso-conjonctivale totale.
- FUCHS. — Manuel d'Ophtalmologie.
- GORDON (Samuel), BERKOW, PERTII, AMBOY. — Ectropion of the lower eyelids following burns and scalds a new-early pathognomonic sign. (*The Journal of American Medical Association*, mai 1928, p. 1.708).

- HOLLAS. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*, année 1933, vol. 73, N° 1 : Résection du muscle orbiculaire dans l'ectropion paralytique.
- IMRE (J.). — Operation gegenektropium senile. (*Klin. Monatsbl. fangenh.*, 95 : 303-305, 1935).
- DE JAEGER. — *Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie*, Réunion de septembre 1932 : Extirpation du tarse dans l'ectropion sénile.
- DE JAEGER. — L'extirpation du tarse dans l'ectropion sénile. (*Société Belge d'Ophtalmologie*, séance du 8 décembre 1932 ; *Bruxelles-Médical*, 1^{er} janvier 1933).
- JOCQS. — *Société d'Ophtalmologie de Paris*, séance du 6 mars 1906 : Ectropion total de la paupière inférieure guéri par les procédés de cautérisations verticales de la conjonctive palpébrale.
- KITAVEA (A.). — Surgical intervention for trachomatous ectropion. (*Sovet vestnik oftal*, 7 : 387-388, 1935).
- KOELLNER. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*, vol. XLV, fasc. I ; 1921 : L'opération de l'Ectropion sénile.
- KNAPE. — *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, août 1911 : Modification pratique de l'opération de Snellen contre l'ectropion.
- KUGEL. — *Von Graege's Archiv für Ophtalmologie*, 3 août 1900 : Sur un nouveau procédé opératoire pour le traitement de l'ectropion sénile.
- KUGEL. — *In Von Graef's Archiv für Ophtalmologie*, fascicule du 18 février 1913 : Sur l'extirpation du cartilage contre l'ectropion sénile.
- KUGEL, KUHNITZ. — *Zeitschrift Augenheilkunde*, août 1908 : Traitement des degrés élevés d'ectropion consécutifs à la blépharite.
- LA GRANGE et VALUDE. — *Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*.

- LAGLEYZE. — *Archives d'Ophthalmologie*, décembre : Opération de l'Ectropion et du Trichiasis.
- LANDOLT. — *Archives d'Ophthalmologie*, novembre 1885 : De l'opération de l'Ectropion.
- LENTINI. — *Archivo di Ottalmologia*, septembre-octobre 1904 : Le procédé d'Angelucci dans la cure de l'Ectropion inflammatoire et sénile de la paupière inférieure.
- LESAGE. — *Thèse Paris*, 1922 : Un complément des interventions contre l'Ectropion sénile : le « Décalage externe de la paupière inférieure ».
- LOWENSTEIN. — *Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde*, mai 1917 : Section sous-cutanée de l'orbiculaire dans l'Ectropion.
- MORAX. — *Précis d'Ophthalmologie*.
- MORAX. — *In Annales d'oculistiques*, décembre 1914 : Ectropion spasmodique bilatéral.
- MULLER. — *Klinische Monatsbloetter für Augenheilkunde*, février 1893 : Modification du procédé de Kuhnt dans l'opération de l'ectropion sénile de la paupière inférieure.
- NOYES. — *Société Ophthalmologique du Royaume-Uni*, séance du 26 janvier 1888 : Une opération d'ectropion de la paupière inférieure.
- CONTEAU. — *Thèse Paris*, 1922 : Ectropion latent. Deux petits signes pour sa mise en évidence.
- PFLUEGER. — *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1902 : Ectropion non-cicatriciel. Etat actuel de son traitement opératoire.
- PISENTI. — *Comptes rendus de l'Académie de Médecine et de Chirurgie de 1898* : Modification à la méthode de Landolt dans le traitement de l'Ectropion.
- POULARD. — *Traité d'Ophthalmologie*.

- ROCHER. — Guérison d'un ectropion de la paupière supérieure et amélioration d'une cicatrice naso-géniolabiale très anesthétique. (*Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 30 janv. 1925).
- DE ROSA. — *Archivio di Ottalmologia*, janvier 1927 : Sur le traitement chirurgical de l'ectropion sénile.
- SERGEVIA (M.). — Modification of Millingen sapezhko operation for trachomatous ectropion. (*Sovet vest nik oftal*, 8 : 244-245, 1936).
- STEINER. — *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, mars 1903 : Sur le traitement opératoire de l'ectropion de la paupière inférieure.
- STRAUB. — *Société Néerlandaise d'Ophthalmologie*, session de La Haye, juin 1907 : L'opération de Lagleyse contre l'Ectropion.
- STILO (A.). — Sulla tecnica di scelta nella operazioni di ectropion cicatriziale delle palpebre. (*Rinasc. med.*, 9 : 64-65, fébr. 1, 1932)
- TERRIEN. — *Ophthalmologie*. (*Bibliothèque Gilbert et Fournier*).
- THILLIEZ. — *Annales d'Oculistique*, novembre 1906 : Traitement de l'Ectropion par la cautérisation ignée de la conjonctive et la blépharorrhaphie.
- TONTSCHKEFF. — *Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde*, tome 70, janvier-juillet 1923 : Nouvelle opération de l'Ectropion de la paupière inférieure.
- TERSON (A.). — Ectropion lacrymal très marqué, traité par les injections sous-muqueuses de chlorhydrate double de quinine et d'urée à cinq pour cent. (*Ann. d'Ocul.*, 168 : 138-141, févr. 1931).
- TERSON. — *Annales d'Oculistiques*, novembre 1904 : Le traitement opératoire de l'Ectropion sénile.
- VIERLING. — *Beiträge für Augenheilkunde*, mars 1893 : L'opération de Fukala contre l'Ectropion de la paupière inférieure.

- VILLARD. — *Annales d'Oculistique*, mai 1913 : Traitement chirurgical de l'Ectropion sénile de la paupière inférieure par le procédé de Terson. Résultats éloignés.
- WARCHAWSKI. — *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, octobre 1911 : Contribution à la question de l'extirpation du cartilage palpébral dans l'ectropion granuleux.
- WEINGOTT (L.). — Plastic operatio for cicatricial ectropion resulting from burn.. (*Arch. d'Oph.*, 48 : 505-507, july 1931).
- WHEELER (J.-M.). — Ectropion problem for eye surgeons. (*South. M. J.*, 29 : 377-382, avril 1936).
- DE WECKER. — *Société Française d'Ophtalmologie*, Paris, 1885 : Suture réductive de l'ectropion sénile.
- WICHERKIEWICZ. — *Deutschmann's Beitræge zur Augenheilkunde*, 1899 : Technique opératoire de l'Ectropion de la paupière inférieure.
-

Société Anonyme Blésoise
d'Impressions et
de Publications
6, Rue Pardessus - BLOIS
